

**TRATO ADECUADO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DEL VALLE (HUV)**

**JAIME RUBIANO VINUEZA.  
MARCELA VILLA GONZALEZ**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
SANTIAGO DE CALI  
2012**

**TRATO ADECUADO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DEL VALLE (HUV)**

**JAIME RUBIANO VINUEZA  
MARCELA VILLA GONZALEZ**

Trabajo de Investigación presentado como requisito parcial para optar el título de  
Magister en Administración

**Director  
MARCO TULIO GALARZA IZQUIERDO  
M.D., MSP**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
SANTIAGO DE CALI  
2012**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
<b>1. EL PROBLEMA</b>	<b>16</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>20</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>21</b>
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>22</b>
4.1 EL TRATO ADECUADO EN EL CONJUNTO DEL SISTEMA DE SALUD	22
4.2 EL TRATO ADECUADO: DEFINICIÓN DE SUS COMPONENTES	29
4.2.1 Dominios Incluidos en el Estudio	37
4.3 EXPECTATIVAS NO MÉDICAS: EL TRATO ADECUADO COMO UNA MEDIDA DE ACTITUD DE LOS USUARIOS FRENTE AL SISTEMA Y EL USO DE ESCALAS DE LIKERT	38
4.3.1 La Construcción de un Índice de Likert Para el Trato Adecuado	41

	Pág.
4.3.2 La Comparabilidad de los Índices de Trato Adecuado	42
4.3.3 Ajuste de Expectativas y Cambios en el Punto de Corte de Respuestas Cualitativas Ordenadas	47
4.3.4. Corrección por Expectativas: Viñetas y Modelos Probit Ordenados.	48
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>53</b>
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
5.2 POBLACIÓN OBJETIVO	53
5.3 DISEÑO DE LA MUESTRA	54
5.4 PROPUESTA DE MUESTREO ASUMIENDO VARIABLE DE INTERÉS DICOTÓMICA	56
5.5 VARIABLES EN EL ESTUDIO	60
5.5.1 Variable Explicada.	60
5.5.2 Variables Socioeconómicas Explicativas.	60
5.6 INSTRUMENTOS	61
5.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	61
5.7.1 Prueba Piloto y Validación.	61
5.7.2 Método de Aplicación del Cuestionario	62
5.8 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	64
5.8.1 Depuración de los Datos y Reajuste de la Base Bruta	64
5.8.2 Metodología para estimación de índices de Calificación del Trato adecuado	67
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>70</b>

	<b>Pág.</b>
6.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	70
6.2 CARACTERIZACIÓN DEL USO DEL SISTEMA DE SALUD	75
6.3 RESULTADOS POR DOMINIOS DE TRATO ADECUADO (RESPONSIVENESS) SIN CORRECCIÓN POR VIÑETAS Y PRUEBA DE COHERENCIA DEL INSTRUMENTO	78
6.3.1 Dominio Atención Pronta	78
6.3.2 Dominio Dignidad	80
6.3.3 Dominio Comunicación	81
6.3.4 Dominio Autonomía	83
6.3.5 Dominio Confidencialidad	85
6.3.6 Dominio Calidad en las Instalaciones	86
6.3.7 Índice Global Trato Adecuado sin Corrección por Viñetas	87
<b>7. DISCUSIÓN</b>	<b>93</b>
<b>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>106</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>108</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>117</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Población Pacientes por Área de Consulta Externa Hospital Universitario del Valle	55
<b>Tabla 2.</b> Muestra de Pacientes por Área de Consulta Externa Hospital Universitario del Valle	59
<b>Tabla 3.</b> Distribución del número de Encuestas por Día	64
<b>Tabla 4.</b> Encuestas realizadas por Área de Consulta externa. HUV. 2008	70
<b>Tabla 5.</b> Características sociodemográficas de los pacientes de Consulta externa incluidos en el estudio. HUV. 2008	71
<b>Tabla 6.</b> Municipio de procedencia de los pacientes de Consulta externa incluidos en el estudio. HUV. 2008	72
<b>Tabla 7.</b> Comuna de residencia de los pacientes de Consulta externa incluidos en el estudio. HUV. 2008	73
<b>Tabla 8.</b> Características de uso del Sistema de Salud de los pacientes de Consulta externa incluidos en el estudio. HUV. 2008	76
<b>Tabla 9.</b> Motivo de Consulta (%) según Área de Consulta Externa	77
<b>Tabla 10.</b> Tiempo de espera (minutos) desde que llegó al Hospital	77
<b>Tabla 11.</b> Calificación (1 a 5) Dominio Atención Pronta	79
<b>Tabla 12.</b> Calificación (1 a 5) Dominio dignidad	80
<b>Tabla 13.</b> Calificación (1 a 5) Dominio Comunicación	81
<b>Tabla 14.</b> Calificación (1 a 5) Dominio Autonomía	84
<b>Tabla 15.</b> Calificación (1 a 5) Dominio Confidencialidad	85
<b>Tabla 16.</b> Calificación (1 a 5) Dominio Calidad en las Instalaciones	86

	Pág.
<b>Tabla 17.</b> Índices por dominio del Trato Adecuado (dij) y Total (rij)	88
<b>Tabla 18.</b> Índice de Satisfacción Para el Dominio Atención Pronta Según Modelo por Área de Consulta y Total Hospital Universitario del Valle 2008	89
<b>Tabla 19.</b> Índice de Satisfacción Para el Dominio Dignidad Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008	89
<b>Tabla 20.</b> Índice de Satisfacción Para el Dominio Comunicación Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008	89
<b>Tabla 21.</b> Índice de Satisfacción Para el Dominio Autonomía Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008	90
<b>Tabla 22.</b> Índice de Satisfacción Para el Dominio Confidencialidad Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008	90
<b>Tabla 23.</b> Índice de Satisfacción Para el Dominio Calidad en las Instalaciones Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008	91
<b>Tabla 24.</b> Índice de Satisfacción por Dominios y total según por Área de Consulta. Hospital Universitario del Valle 2008	91

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Funciones y Objetivos del Sistema de Salud	28
<b>Figura 2.</b> Probabilidad de respuesta a una escala Likert según diseño del reactivo	39
<b>Figura 3.</b> Divergencias Entre la Escala Latente y las Calificaciones de las Personas	45
<b>Figura 4.</b> Esquema general de un modelo probit ordenado para cuatro Opciones en la Escala de Likert	50
<b>Figura 5.</b> Ubicación geográfica de los pacientes incluidos en el estudio. HUV. 2008	74



## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo A.</b> Metodología programación do file. Programación en STATA 9.2 de las Estimaciones	118
<b>Anexo B.</b> Instrumento para evaluar trato adecuado	121
<b>Anexo C.</b> Complementos al instrumento de encuesta. Texto de Información Sobre Sistema de Salud al Encuestado	131
<b>Anexo D.</b> Equipo de Trabajo de Campo y sus Funciones	134

## RESUMEN

**Introducción:** Esta investigación describe la percepción que los pacientes del área de consulta externa del hospital Universitario del Valle (H.U.V) tienen sobre la capacidad de respuesta de la institución para satisfacer sus expectativas no médicas. En las Instituciones de Cali, no se había medido la calidad de atención en el aspecto no médico, lo que la Organización Mundial de la Salud ha llamado **trato adecuado**. De acuerdo al modelo propuesto por la OMS, para el presente estudio se consideraron solamente seis dominios que a su vez se ubican en dos dimensiones llamadas respeto por la persona (dignidad, autonomía, confidencialidad) y orientación al cliente (atención pronta, calidad de las instalaciones, comunicación). Se excluyeron dos dominios: el dominio “elección de instituciones e individuos que proveen salud” porque los usuarios del HUV tienen limitantes en las posibilidades de elección de los sujetos dada la restricción institucional, al no evaluar sino una sola institución como el HUV. Se excluyó también el dominio “acceso a la red de soporte (familia y amigos) para el individuo que recibe cuidados” porque es un dominio referido a los pacientes de hospitalización y este estudio solo hace referencia a la consulta Externa. Era necesario entonces conocer qué tipo de trato de **atención no médica** se le está dando a los usuarios de la consulta externa del HUV.

**Metodología:** Mixta de corte transversal: combina elementos cualitativos y cuantitativos. Se tomó una muestra aleatoria de pacientes de consulta externa del Hospital Universitario del Valle, en cuatro servicios: Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía. Se utilizó un cuestionario adaptado de los de la OMS<sup>1</sup> que consta de las partes siguientes: información socioeconómica, información sobre uso del Sistema de Salud, dominios de trato adecuado y viñetas asociadas a los dominios evaluados. Se construyó un índice de Likert para cada uno de los dominios a través de sumas acumuladas de percepciones parciales que cada

---

<sup>1</sup> Para mayor detalle sobre la investigación World Health Survey véase la página de la OMS [www.who.org](http://www.who.org).

individuo tiene sobre el sistema. En términos estadísticos, debe entenderse como una suma ponderada<sup>2</sup> de las respuestas para cada una de las preguntas. Las calificaciones obtenidas se ajustaron con base en viñetas. Esto es, las preguntas, que a cada individuo se le hicieron sobre su propia experiencia **específica**, con relación al sistema en un dominio particular, se le asignaron unas preguntas adicionales, sobre “**el deber ser**” llamadas viñetas. Dichas viñetas, buscan captar el elemento **general** con base en situaciones hipotéticas en relación con el sistema de salud. La información obtenida sobre el deber ser (lo general), de cada dominio así recogida, junto con la información socioeconómica se utilizó para correr modelos probit ordenados cuyas puntuaciones varían entre cero y cien.

**Resultados:** el índice de satisfacción global fue de 53,2%. De acuerdo con el criterio establecido se encontró que todos los servicios se clasificaron con índices de satisfacción bajos. Las diferencias observadas con respecto al valor medio esperado fueron estadísticamente significantes (quedaron por fuera del intervalo de confianza del 95%). El único dominio que presentó un índice de satisfacción medio fue dignidad en el Servicio de Ginecología (75,3). El dominio con índice de satisfacción más bajo fue Autonomía en el Servicio de Medicina Interna (31,8).

**Discusión:** Las características sociodemográficas de la población de estudio indican que es una población representativa de los consultantes al HUV: en su gran mayoría de la ciudad de Cali, afiliados al SISBEN, de barrios populares y con nivel de escolaridad hasta secundaria. Los motivos de consulta fueron los esperados en este tipo de Instituciones de Salud: seguimiento de enfermedades crónicas, post cirugía y aquellas que necesitan de atención por lesión o enfermedad que acaba de aparecer.

La respuesta del sistema de salud a las expectativas no médicas de los usuarios, se puede dividir en dos componentes: “**respeto a la persona**” y “**orientación al cliente**”. En forma general, los dominios mejor evaluados fueron Dignidad y

---

<sup>2</sup> El índice de Likert, en ocasiones se asume como un promedio simple, en ese caso las ponderaciones son iguales para cada una de los “reactivos” empleados para cada dominio particular. Sin embargo puede darse una ponderación –peso- diferente a cada uno de los “reactivos” del dominio en función de su importancia. Desde luego el criterio para asignar pesos depende del investigador.

Comunicación (66,4 y 63,1 respectivamente); los peores evaluados fueron Autonomía, Calidad en las instalaciones y atención pronta.

Analizando específicamente el dominio dignidad, este fue evaluado tanto en el personal administrativo (repcionistas, cajeros, trabajadoras sociales, vigilantes, auxiliares de archivo) como en los equipos de salud. En general la calificación obtenida se clasificó como buena (84%). Otro dominio bien evaluado fue comunicación (86%). Estos hallazgos sugieren que los pilares de Trato adecuado en el HUV con referencia al **“respeto a la persona”** y **"orientación al cliente"** fueron dignidad y comunicación. Los hallazgos de este estudio indican que es necesario reorientar La gestión administrativa del servicio de consulta Externa para fortalecer la atención en los dominios de autonomía, calidad en las instalaciones y atención pronta.

## INTRODUCCIÓN

La constitución política de 1991 ubica al Estado como un Estado Social de Derecho. Ello implica el reconocimiento de un conjunto de derechos de segunda generación, tales como el acceso a la salud, la educación y la vivienda los cuales han de ser de buena calidad y prestados de forma oportuna con consideración explícita de la dignidad humana. Bajo estos parámetros, el paciente, es el elemento más importante en el sistema de salud y debe ser atendido con buen trato (clínico y administrativo).

La calidad de atención tradicionalmente se ha medido a través de encuestas de satisfacción del paciente, entrevistas, buzones de sugerencias y listas de quejas. Estos métodos y la forma de recolección de información no dan una visión objetiva del problema porque la mayoría de las veces presentan resultados con débil validez externa. Por ejemplo, los buzones de sugerencias tienen el sesgo de auto-selección porque los pacientes insatisfechos son más propensos a expresar su inconformidad por este medio que los pacientes satisfechos y en general no responden a un muestreo técnicamente diseñado. Las encuestas de satisfacción con un correcto diseño del muestreo, adolecen de la subjetividad de las respuestas dificultando realizar comparaciones entre cohortes poblacionales. La metodología que propuso la OMS (2003) está orientada a superar esta dificultad con base en el uso de modelos Probit Ordenados y viñetas.

La presente investigación se originó en la necesidad de medir uno de los aspectos de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud: el **Trato Adecuado** (En

inglés **Responsiveness**<sup>3</sup>). La Organización mundial de la Salud (OMS) lo ha definido como “la respuesta adecuada a las expectativas **no médicas** de los usuarios de los servicios de salud”: Esta definición se utilizó en esta investigación.

El concepto **Trato Adecuado** incluye elementos administrativos que están inmersos en el concepto de Calidad de la Atención. Se puede medir en la atención ambulatoria y la hospitalaria.

En Colombia, se han medido algunas variables relacionadas con calidad de la atención a través de encuestas de “Servicio al Cliente”, pero no como lo recomienda la OMS, con un instrumento más objetivo y ya validado que permite además desagregar el TRATO en diferentes componentes.

En Colombia, dentro del estudio “*Multi-Country survey on health system responsiveness 1999-2000*”, se midió el **Trato Adecuado** pero no se incluyeron los Hospitales de la ciudad de Cali. (Berirhan Üstüs et al<sup>4</sup> 2001, p. 34 y S.S.). En este estudio no se utilizó la corrección por expectativas; ello le valió la crítica hecha a la OMS sobre la “Objetividad científica de los resultados” (Fernández-Díaz 2001)<sup>5</sup>. En respuesta, la OMS<sup>6</sup> desarrolla y publica una metodología en el

---

<sup>3</sup> En adelante es indiferente utilizar la palabra en su original en inglés **Responsiveness** o la traducción que se ha hecho de la misma como **Trato Adecuado**. Sin embargo se hará sistemática referencia al término en ambos idiomas pues la literatura en español sobre el tema de **Responsiveness** es escasa y la OMS 2000\_b introdujo el término en español como Trato Adecuado, lo cual puede generar confusiones si consideramos que la traducción literal de Responsiveness es la de “grado de reacción” o “grado de sensibilidad”.

<sup>4</sup> BEDIRHAN ÜSTÜN, T.; SOMNATH, CHATTERJI; VILLANUEVA MARIA; BENDIBCAN ÇELIK, LYDIA; SADANA, RITU, VALENTINE, NICOLE; ORTIZ, JUAN; TANDON, AJAY; SALOMON, JOSHUA; YANG, CAO, XIE; WAN, JUN; ÖZALTIN, EMRE; MATHERSAND, COLIN; CHRISTOPHER J.L. MURRAY. WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. Global Programme on Evidence for Health Policy (GPE, Programa Mundial de Evidencia para la Política de Salud). GPE Discussion Paper 37. Geneva. 30 November 2001., WHO, 2001.

<sup>5</sup> FERNÁNDEZ-DÍAZ, JM. El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto. Gaceta Sanitaria. 2001; vol. 15: p. 453-60. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-in/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pidet=13022831>

<sup>6</sup> VALENTINE, N.; DE SILVA A.; KAWABATA, K.; DARBY, C.; MURRAY, CJ.; EVANS, DB. Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. En: Murray CJ, Evans DB, ed. Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism. Ginebra: World Health Organization; 2003\_a; Chap. 43, 573-596.

texto *“Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism”*. Editado por Christopher J.L. Murray David B. Evans en 2003. Dicho texto presenta una exhaustiva discusión sobre elementos teórico conceptuales, políticos, metodológicos y descriptivos sobre los sistemas de salud en el mundo.

De acuerdo con lo anterior, es la primera vez que esta metodología se aplica para Cali en particular y de forma completa —con corrección de expectativas— en general alguna ciudad en Colombia.

Hay varias razones por las cuales es importante el desarrollo de esta investigación: 1. Los hospitales ya no son instituciones de caridad que se administran paternalistamente y donde, por esta razón era poco importante conocer sobre su funcionamiento. Hoy son empresas sociales del estado que están inmersas en un mercado muy competitivo, especialmente con empresas particulares, y que deben estar al nivel de las mejores empresas prestadoras de salud (antes llamadas hospitales). 2. Tradicionalmente la evolución de las instituciones de salud tenían otros indicadores: Número de pacientes atendidos, porcentaje de ocupación, número de cirugías, etc., nunca se tenía en cuenta al personaje más importante como es el paciente (hoy cliente), en todos sus aspectos: los clínicos y los no clínicos y en este último grupo aspectos no médicos como la satisfacción que experimenta, después de ser atendido de su problema clínico que lo aqueja. 3. Administrar también es preocuparse por la satisfacción del cliente, en cualquier servicio que se preste incluyendo hoy día los servicios clínicos de los hospitales. Antes la administración en los hospitales solo tenía en cuenta problemas financieros y presupuestales, hoy se debe atender integralmente tanto al cliente interno como el externo. Son entonces los elementos de la administración los que sirven para estos procesos de evaluación de la calidad y de ahí la importancia de estos temas en el manejo de la salud y en el contexto de una Maestría en Administración. 4. En otros países se han hecho estos estudios, lo que motiva la realización de estas mismas mediciones, en las

instituciones de salud locales. Es así como esta investigación sirve para revisar y poner en práctica los conceptos estadísticos y de administración en el nuevo concepto de la evaluación de las instituciones prestadoras de salud, con indicadores de calidad. Al finalizar la investigación se podrá tener acercamiento en el tema de la calidad de la atención y específicamente con relación a la percepción de los pacientes de la consulta externa en el Hospital Universitario del Valle. Igualmente se pretende utilizar herramientas novedosas, poco a nada aplicados en instituciones de Salud en Colombia y ver la funcionalidad de esas nuevas metodologías de tipo estadístico y administrativo en nuestro medio. Los resultados finales permitirán a la institución autoevaluarse para implementar programas de mejoramiento.

## 1. EL PROBLEMA

A más de 18 años de iniciarse el proceso de implementación de la ley 100 de 1993 y con ello el avance de los procesos de ampliación de cobertura del sistema de salud mediante la llamada “sisbenización” de la salud y la implementación de las lógicas del subsidio a la demanda, surge la inquietud de conocer cómo se encuentra el sistema de salud de Cali en cuanto a su capacidad de respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios (Trato Adecuado) para ofrecer una respuesta adecuada a dichas expectativas.

En Colombia, empleando la metodología propuesta por la OMS, para medir trato adecuado, dentro del estudio “*Multi-Country survey on health system responsiveness 1999-2000*”, se midió el **Trato Adecuado** pero no se incluyeron los Hospitales de la ciudad de Cali. Por consiguiente, es pertinente medir el trato adecuado en los pacientes de consulta externa del Hospital Universitario del Valle.



## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS (2000\_a<sup>7</sup>, 2000\_b<sup>8</sup>) ha planteado que los objetivos fundamentales de los sistemas de salud son tres y en teoría cualquier sistema debería cumplirlos:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Ofrecer una respuesta adecuada a las **expectativas no médicas** de los usuarios de los servicios de salud (lo que se ha denominado TRATO ADECUADO —*Responsiveness*).
3. Garantizar protección financiera en materia de Salud (justicia financiera).

Es bien conocido que en el momento en que el gobierno atendiendo directrices internacionales, en las líneas de lo que hoy se ha llamado política neoliberal, expide la ley 100/93, todos los entes prestadores de salud, entran en una competencia por el mercado de la atención de pacientes, y empiezan a competir entre sí. En este nuevo contexto, gran parte de la red de salud cambia su carácter jurídico: Por ejemplo, el Hospital Universitario del Valle es ahora una Empresa Social del Estado (ESE), el carácter de **Empresa** —en oposición al de Instituto o institución estatal— implica una racionalidad administrativa distinta mediada ahora por los criterios de auto-sostenibilidad, eficacia y eficiencia que, originarios del lenguaje empresarial privado, hacen parte del conjunto de categorías propias del *New public management*.

Es así como el sector de la salud se vuelve parte de un sistema empresarial en donde la sostenibilidad económica es el objetivo principal y desde el momento en

---

<sup>7</sup> OMS (2000\_a) "Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de salud". The World Health Organization, Ginebra. 2000.

<sup>8</sup> OMS (2000\_b). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: The World Health Organization, 2000.

que se expide la Ley 100, fue necesario dirigir el sector de la salud con criterios empresariales. En este punto, dada la inmersión en el mercado, las ahora empresas sociales del estado (ESE) deben competir por los pacientes en todo un gran sistema de prestación de servicios regidos en gran medida por las leyes de la oferta y la demanda. Es así como el antiguamente llamado paciente, se convierte en cliente —usuario— a quien hay que tratar de conquistar y mantener. El médico es proveedor, los hospitales e instituciones prestadoras de salud (IPS) Fenómeno que se ubica claramente en las lógicas de lo que los especialistas en mercadotecnia llaman Fidelidad de Marca. (Kotler & Armstrong 1998)<sup>9</sup>. Así, uno de esos elementos competitivos, es la calidad de la atención que se brinde en cada una de estas instituciones prestadoras de salud (IPS).

Entonces el concepto de TRATO ADECUADO —*Responsiveness*— se constituye en un instrumento diferenciador de las instituciones, en un indicador de calidad y, por consiguiente en un imperativo administrativo.

La privatización del sistema de salud en el país a través básicamente de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) ha llevado a convertir la salud en un negocio, donde el principal objetivo es hacer dinero, independientemente de la calidad del servicio que se preste al usuario o cliente (antes llamado paciente).

Tradicionalmente las instituciones del Estado, no han tenido preocupaciones de Calidad de Servicio, ya que estaban acostumbradas a recibir del Estado el dinero necesario para su funcionamiento. Independientemente que su prestación de servicios fuera buena o no. (Paternalismo)

---

<sup>9</sup> KOTLER, PHILP AND ARMSTRONG, GARY. Fundamentos de mercadotecnia. 4ª ed. Prentice-Hall. México. 1998.

Hoy al convertirse en Empresas Sociales del Estado (ESE), tienen que competir en el mercado de la salud e igual que las EPS, empiezan a tener preocupación por sus clientes (pacientes).

Las Instituciones de Salud tienen la obligación legal de cumplir con las “Buenas Prácticas Clínicas” dentro de las que están la atención al usuario.

En este medio no se ha medido cómo es esa atención en su componente no médico, lo que la Organización Mundial de la Salud, ha llamado TRATO ADECUADO

Es necesario entonces conocer qué tipo de atención se le está dando a los pacientes, usuarios de la consulta externa del HUV, aplicando el Instrumento de la OMS lo cual facilita una medición objetiva y comparable a nivel local, nacional e internacional.

## **1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la percepción que los pacientes del área de consulta externa del H.U.V tienen sobre la capacidad de respuesta de la institución para satisfacer sus expectativas no médicas?

## 2. JUSTIFICACIÓN

La privatización del sistema de salud en el país a través de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) ha llevado a convertir la salud en un negocio, donde el principal objetivo es hacer dinero, independientemente de la calidad del servicio que se preste al usuario o cliente (antes llamado paciente).

Tradicionalmente las instituciones del Estado, no han evaluado minuciosamente la calidad de Servicio, porque estaban acostumbradas a recibir del Estado el dinero necesario para su funcionamiento independientemente que su prestación de servicios fuera buena o no. Hoy al convertirse en Empresas Sociales del Estado (ESE), tienen que competir en el mercado de la salud e igual que las EPS, empiezan a tener preocupación por sus clientes (pacientes). Las Instituciones de Salud tienen la obligación legal de cumplir con las “Buenas Prácticas Clínicas” dentro de las que están la atención al usuario.

En las Instituciones de Cali, no se ha medido la calidad de atención en el aspecto no médico, lo que la Organización Mundial de la Salud, ha llamado trato adecuado. Es necesario entonces conocer qué tipo de trato de **atención no médica** se le está dando a los usuarios de la consulta externa del HUV utilizando la metodología propuesta por la OMS para facilitar la comparación de los resultados con otras Instituciones de diferentes ciudades y países del mundo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Medir el “TRATO ADECUADO” en los pacientes de consulta externa del Hospital Universitario del Valle de las áreas de Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir el trato adecuado y sus componentes en los pacientes de consulta externa del HUV según áreas de Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía.
- Describir el trato adecuado por cohortes de pacientes de consulta externa del HUV según áreas de Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. EL TRATO ADECUADO EN EL CONJUNTO DEL SISTEMA DE SALUD**

En el año 2000 la OMS publicó su informe anual titulado "Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000: “mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. La OMS estaba interesada en establecer un alineamiento de política que, con respecto a la salud, estuviese acorde con los nuevos rumbos que concretaban las reformas de los Estados a nivel mundial (el paso del Estado intervencionista a un Estado neo-regulador). El nuevo modelo de Estado, se ha fundamentado en el subsidio a la demanda, el cual ubica al Estado como un gran comprador de servicios tales como la educación y la salud.

En este nuevo modelo de intervención estatal y la participación de actores privados es imperiosa. Por ello, la CALIDAD aparece en primera línea: los estándares internacionales, los procesos de acreditación y certificación son condiciones necesarias que legitiman y propenden por garantizar que el Estado ha de comprar al sector privado servicios, bajo unas reglas claras, bajo una mínima incertidumbre sobre qué tipo de servicio está comprando —su calidad y costo asociado—. Así mismo, asegura que las Empresas de Salud del Estado compitan en similares condiciones con el sector privado, de tal forma que la multiplicidad de proveedores de salud no redunde en heterogeneidad de la calidad de los servicios prestados a la comunidad por el sistema público y privado en su conjunto, o para que en el peor de los casos, sea asegurado un mínimo a los consumidores o usuarios del sistema de salud.

Vale la pena ampliar la importancia del concepto de calidad de la atención en el sistema de salud de este país, la reforma del sistema, empezó en 1993, fecha en

la cual se consideró que la calidad era un elemento fundamental de la atención integral, hasta ese momento no era una preocupación importante la forma en que se atendiera el paciente, los criterios que se tenían en cuenta para evaluar el buen funcionamiento de las instituciones eran elementos como número de pacientes atendidos; número de cirugías realizadas; número de consultas atendidas, porcentaje de ocupación; estancia hospitalaria; etc.

A partir de esta ley entonces, el concepto calidad es “el motor inmóvil” de todo el sistema. El decreto 2309 del 2002, por el que se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, define en su artículo 4º la calidad como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”, que como se puede ver es la ampliación en términos operativos de la clásica definición teórica de Donabedian cuando definía calidad como “la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos”

Como se ve, esta definición está fundamentada en el paciente y agrega conceptos diferentes a los clínicos, especialmente de tipo empresarial. Se exige entonces que estas instituciones antes llamadas hospitales cumplan unos requisitos mínimos que les permita HABILITARSE y ACREDITARSE, para poder participar del mercado de la salud.

El gobierno exige y obliga a las instituciones al cumplimiento de los criterios de calidad a través de Decretos como el 2174 de 1996; 2309 de 2002 y 1011 de 2006; en ellos se amplía el concepto de calidad que obliga ahora: accesibilidad, oportunidad, seguridad, racionalidad técnica, idoneidad, competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia y eficiencia, integralidad, continuidad, atención humanizada y principalmente la satisfacción del usuario “paciente” con la atención recibida, incluyéndose en este último concepto, las

comodidades físicas y locativas para esta atención.

Se crean además los sistemas de auditorías, que vigilan y mejoran los procesos de calidad y la ACREDITACION que es un proceso voluntario de las instituciones, están encaminadas fundamentalmente a demostrar estándares de calidad. Aparece entonces el concepto de la competencia que se da con estos indicadores de calidad; quien no esté cumpliendo estos requisitos mínimos, salen automáticamente del mercado, es así como el gobierno interviene y cierra frecuentemente empresas prestadoras de salud por no cumplir estos requisitos mínimos. Esto también garantizaría acabar con las “clínicas de garaje” que tanto daño han hecho al sistema.

El trato adecuado está inmerso en estos criterios de calidad y por esa razón se debe evaluar para medir específicamente la satisfacción del cliente “paciente” con la atención recibida por la institución.

Lo anterior también se ve reflejado en la definición de calidad de Gronroos y Parasuraman quienes opinan y definen la calidad como “el resultado de la comparación de lo que el cliente percibe con respecto a lo que espera de un proveedor en un encuentro de servicios”

De otro lado, y como complemento a lo anterior, el estándar de calidad contribuye bajo ciertos parámetros a impulsar la movilidad internacional de capitales, pues minimiza la incertidumbre de los inversionistas al saber con mayor certeza qué tipo de servicio se demanda. Son las avenidas que conducen al verdadero carácter del Estado Neo-Regulador (Neo-Liberal).

Es por los anteriores argumentos, que aparece como necesaria, una metodología que evalúe “el desempeño de los sistemas de salud” y que, además, permita comparaciones internacionales o interregionalmente en los países. Es necesario



pensar en ¿Qué se puede entender por Sistema de Salud?

En su definición de **Sistema de Salud**, la OMS indica que: "...*un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud*" OMS. (2000\_a Pág. 26). [El subrayado es nuestro]. Si se mira desde el punto de vista de la teoría de sistemas, pudiera interpretarse, que el enfoque que asume la OMS para su informe concibe a los sistemas de salud como sistemas cerrados. Es decir, cuando dice "**cuya finalidad principal**" deja por fuera otros elementos que también, de forma indirecta, influyen sobre los niveles de salud de la población; elementos que están en función de otros subsistemas del macro-sistema social, tales como el sistema educativo, la religión, la cultura, entre otros. Pero si se recuerda la definición de salud de la misma OMS: "estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad" se ve que aquí hay un sistema abierto. OMS (2000\_a)

Como administradores de la salud, resulta relevante esta distinción entre un enfoque de sistema abierto o cerrado, pues la adopción de una mirada al sistema de salud como sistema cerrado refleja las lógicas sectoriales desde las que se piensa la política pública: Las miradas parciales sobre la juventud, la niñez, la salud, la educación, la mujer, etc. Desde este enfoque resultan variables de política —variables a influir— que se reducen al micro entorno del sector de la salud o de la organización que presta el servicio.

Obviando variables que pueden resultar relevantes tales como el acceso al sistema de salud limitado por ejemplo por deficiencias en las vías de comunicación, se puede preguntar ¿Cuánto ha costado en vidas o incomodidades el mal estado de las vías de Cali y sus consecuentes "trancones"? ¿Cuánto ha costado en vidas y costos financieros, que sea el Hospital Universitario del Valle la única institución que cuente con la tecnología de punta para atender a casi toda

la población del sur occidente del país? ¿No sería deseable que los hospitales de nivel medio como el de Popayán, el de Pasto, Tumaco, Buga o Buenaventura entre otros, no sólo se recuperaran financieramente sino que crecieran efectivamente en su capacidad de prestar servicios de salud con tecnologías realmente de punta?

Ahora bien, aunque esta interpretación como sistema cerrado conduce inexorablemente a indagar solamente por el estado de las instituciones ya existentes, dirige la mirada hacia su interior, no dejando margen para interrelaciones más ricas y quizá más eficientes desde un punto de vista social: Ahorrando vidas; dejando de paso la responsabilidad de la salud únicamente en los administradores de la salud pública, en su capacidad gerencial y obviando el resto del contexto, resulta más indicado la interpretación como un sistema abierto, tal como lo define la OMS.

De otra parte, hay aspectos del sistema de salud que lo hacen particular, ello es clave cuando se quiere evaluar el desempeño del sistema de salud o una parte de éste —i.e. “la Capacidad de Respuesta” o Trato Adecuado—, en dicho sentido la OMS anota que:

*“El sistema de salud difiere de otros sistemas sociales, como el educativo, y de los mercados para la mayoría de los bienes de consumo y servicios, de dos formas por las cuales las metas del financiamiento equitativo y la capacidad de respuesta tienen especial importancia. Una es que la atención sanitaria puede ser catastróficamente costosa. Gran parte de la atención es imprevisible, de modo que es fundamental que la gente esté protegida para que no se vea obligada a optar entre la ruina económica y la pérdida de la salud. Los mecanismos para distribuir el ingreso y proporcionar protección financiera son más importantes [en el tema de la salud]*

*incluso que en otros casos en que se contratan seguros para activos físicos tales como vivienda o automóviles o contra el riesgo financiero de muerte prematura del sostén de la familia. **La otra peculiaridad de la salud es que la enfermedad misma, y también la atención médica, pueden amenazar la dignidad de la gente y su capacidad para controlar lo que le ocurre más que la mayoría de los demás sucesos a los que está expuesta.** La capacidad de respuesta [responsiveness] significa, entre otras cosas, reducir el daño a la dignidad y la autonomía personales, el temor y la vergüenza que la enfermedad a menudo trae aparejados". OMS 2000\_a, Op cit., p 26 [el subrayado es nuestro].*

Es por este argumento que en el documento de la OMS (2000\_a) se puntualiza definiendo los tres objetivos o metas principales del sistema de salud como: "*...el mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.*" Ibíd., p 26.

Es también importante reconocer, que en un sistema cualquiera —como en el sistema de salud— hay metas que resultan instrumentales para el logro de una meta general (tales como la sensibilidad y la sostenibilidad), como en el caso del sistema de salud, cuyas metas principales, como ya se indicó, son:

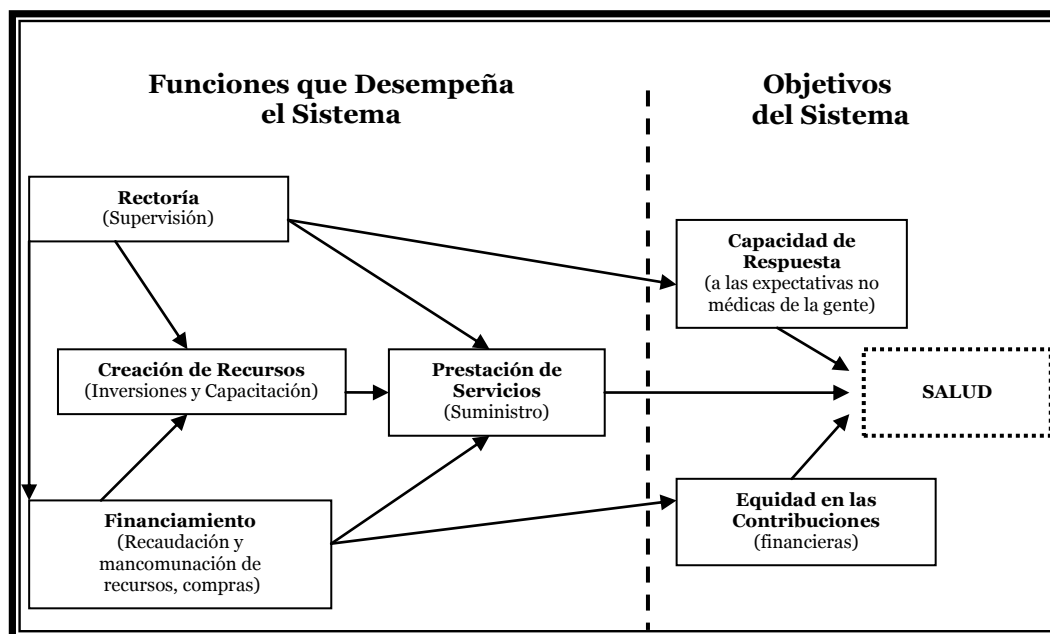
- El nivel de salud de la comunidad,
- El financiamiento equitativo y
- La capacidad de respuesta [responsiveness] o trato adecuado.

Esto en los procesos de evaluación de los sistemas de salud resulta relevante pues "*Si el logro de estas metas [finales] se puede medir, no se necesitan metas*

*instrumentales, como la accesibilidad, como indicadores sustitutos del desempeño general, que son pertinentes más bien para explicar un resultado bueno o malo."* Ibíd.

De otra parte, para efectos metodológicos, es preciso reconocer que estas tres metas principales del sistema de salud son *"separables como lo muestra con frecuencia el descontento de la gente con el sistema aun cuando los resultados sanitarios sean satisfactorios."* Ibíd.

**Figura 1. Funciones y Objetivos del Sistema de Salud**



**Fuente:** Tomado de OMS (2000\_a). "Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el - Desempeño de los Sistemas de Salud" p 27.

Se debe recordar que, en la concepción sistémica que la OMS presenta sobre la provisión de servicios de salud, **las metas** u objetivos del sistema, se relacionan con **las funciones** que desempeña el sistema mismo. Dicho en otras palabras, el logro de las tres metas principales aparece como función —o causa— del desempeño del sistema, en particular de las tres funciones principales que son: la

Rectoría<sup>10</sup> o supervisión (Stewardship), la Generación de Recursos (referidos a los recursos humanos, tecnológicos y físicos para la provisión de servicios de salud) y el Financiamiento (en este campo son relevantes los aspectos de equidad o justicia y seguridad) (Figura 1).

En el sistema de salud, el desarrollo de estas tres funciones principales, genera “la prestación concreta del servicio de salud”. Este servicio de salud correspondería a los aspectos médicos —científicos y tecnológicos— de la prestación del servicio de salud. El cual sería sólo parte del paquete completo de salud, pues debe complementarse con la capacidad de respuesta del sistema a las expectativas no médicas (*Responsiveness*) y con la justa contribución a la financiación. (Figura 1).

#### **4. 2. EL TRATO ADECUADO: DEFINICIÓN DE SUS COMPONENTES**

Fueron Murray & Frenk<sup>11</sup> (2000) quienes por primera vez propusieron un marco teórico-analítico para la evaluación de los logros de los sistemas de salud en donde apareciera conceptualmente explícito el Trato Adecuado (*Responsiveness*). Los autores proponen un marco más abierto, que el inicialmente incluido en el informe de la OMS, reconociendo que las metas sociales —educación, salud, consumo, participación— se complementan con unas metas que son comunes a todo el sistema social, tales como la respuesta del sistema a las expectativas de los participantes de la comunidad, así como

---

<sup>10</sup> Para una definición más precisa del concepto de *steawrdship* (rectoría) y su papel en la política de salud véase el artículo de saltman & fewroussier-davis (2000) donde se propone concepto de rectoría, como complemento a las teorías de la agencia (teoría del agente y el principal) las cuales están marcadamente imbuidas en las lógicas de la economía neoclásica y, por tanto, apoyadas en los comportamientos racionales auto interesados. en oposición, la teoría del *stewardship* (rectoría) desde la postura colectivista y solidaria redefine los aspectos asociados al control y a la participación, teoría muy de la mano de las lógicas de participación ciudadana y comunitaria que se vienen desarrollando en otros ámbitos de la vida social en las democracias occidentales (tales como la rendición de cuentas, los presupuestos participativos, etc.) donde una comunidad “empoderada” de las instituciones es un supuesto necesario.

<sup>11</sup> **MURRAY C.J. & FRENK, J.** A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ 2000; 78(6):717-731.

también la justicia en las contribuciones al financiamiento del sistema por parte de los miembros de la sociedad.

Así, la capacidad de respuesta del sistema a las expectativas de los participantes (*Responsiveness*) y la Justicia en las contribuciones al financiamiento del sistema, serían elementos transversales a todos los sub-sistemas de provisión de servicios y garantías a los miembros de la sociedad —educación, salud, consumo, participación. Tal transversalidad implica entonces, que la justicia en la financiación y la capacidad de respuesta del sistema —el Trato Adecuado—, son metas sociales deseables, las cuales son “evaluadas” o “percibidas” por las personas y toman formas específicas en cada subsistema y, por supuesto, también en el subsistema de salud.

En ese sentido, con respecto al Sistema de Salud *"se puede más explícitamente formular sus tres principales metas: salud, Responsiveness (cumplimiento o reacción a las expectativas [lo que se ha llamado Trato Adecuado]) y justicia en las contribuciones financieras."* Ibíd., p 719.

En el desarrollo de dicho marco, para la evaluación de los logros del sistema de salud, los autores desagregan el Trato Adecuado (*Responsiveness*) en siete dominios, los cuales a su vez se ubican en dos subconjuntos. Murray & Frenk Ibíd. p 720. El primer subgrupo de dominios del Trato Adecuado es llamado **"Respeto por la Persona"**, sus elementos *"Captan los aspectos de la interacción de los individuos con el sistema de salud, los cuales así mismo tienen una importante dimensión ética"*, en este subgrupo estarían:

- Respeto a la dignidad,
- Respeto al autonomía individual,
- Respeto a la confidencialidad.

El segundo conjunto de componentes es llamado “**Orientación al Cliente**”. Tal conjunto de dominios incluye algunas dimensiones de la satisfacción del consumidor que no son una función directa de la provisión de salud, en éste hay cuatro componentes a saber:

- Atención pronta a las necesidades de salud,
- Comodidades básicas,
- Acceso a la red de soporte (familia y amigos) para el individuo que recibe cuidados,
- Elección de instituciones e individuos que proveen salud.

La metodología que en el año 2003, con base en éste primer estudio del año 2000 realizara la OMS, incluye un dominio adicional: **La Comunicación**, y se refiere al hecho de que el paciente debe conocer su situación médica (información) oportuna y comprensible, de tal forma que pueda tomar decisiones sobre su tratamiento. Valentine *et al* (2003\_a). Es así como a partir de los aportes del documento de la OMS del año 2000 y 2003 en la literatura se han establecido 8 dominios del Trato Adecuado (*Responsiveness*).

Siguiendo a Patton<sup>12</sup> (2002), es necesario en el proceso de investigación instrumentalizar los conceptos teóricos en variables que de alguna manera puedan ser “observadas”. Por ello, no basta con enumerar los dominios del trato adecuado, es necesario profundizar en su conceptualización, de tal forma que al instrumentalizar estos conceptos se cuente con variables —medibles y medidas— coherentes con el marco teórico hasta el momento desarrollado. Por lo tanto, a continuación, de la mano de Valentine *et al* (2003\_a), se presentan los conceptos

---

<sup>12</sup> **PATTON, MICHAEL Q.** “Qualitative Research & evaluation Methods”. 3ª Edition. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.2002.

a los que aluden los ocho componentes de Trato Adecuado.

**I. Respeto a la Dignidad** La palabra dignidad se deriva del latín *dignus*, que quiere decir merecedor de algo. En su segunda acepción, el diccionario de la Real Academia de la Lengua señala que digno es “lo correspondiente, proporcional al mérito y condición de alguien o algo”. Así pues, el dominio dignidad se refiere a la posibilidad de que el paciente reciba su tratamiento con respeto, atención y de forma no discriminatoria. Valentine *et al* (op.cit. pág. 580). En ése sentido, la palabra que más se asocia a dignidad es la palabra "respeto". Aspectos como la privacidad durante la consulta o durante los exámenes médicos son factores que determinan el trato digno. Asimismo, la ausencia de discriminación por las condiciones de la enfermedad o por otro tipo de condiciones tales como la “raza”, la orientación sexual, el estrato socioeconómico o la edad implican entonces contribuciones en pro del trato digno del paciente. Como puede inferirse, de otra parte, el dominio dignidad está íntimamente relacionado con otros dominios como la comunicación, la atención pronta y la confidencialidad en lo que toca al respeto con que son tratados los pacientes o usuarios del sistema de salud.

**II. Respeto a la Autonomía** La palabra Autonomía se deriva de los vocablos griegos *autos* que significa regirse a sí mismo y, el vocablo *nomos* que significa ley. El diccionario de la Real Academia de la Lengua, en su segunda acepción, para la palabra autonomía señala: “condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie”. En ese sentido, la autonomía comprende entonces dos componentes: la toma de decisiones individual o auto-dirección y, los valores que soportan la decisión que ha sido tomada. Es decir, hace referencia al *nomos* o ley natural, lo cual nos ubica en el terreno de la ética —o la moral— universales. Dicho en otras palabras, desde la filosofía la autonomía nos refiere al concepto de autodeterminación. Valentine *et al* (op.cit., p 576).



Ahora bien, en un contexto médico, de acuerdo con Herbert (1996) la autonomía implica que *"...los médicos tienen la obligación moral de respetar y a veces, la obligación de ayudar a promocionar la elección libre de los pacientes que sean competentes para ello."* (Valentine *et al*, op.cit., p 576). La "competencia" de los pacientes implica que éstos sean adultos y que posean las capacidades cognitivas y emocionales para deliberar y llegar a decisiones consistentes con sus valores individuales. La autonomía implica que el paciente debe ser provisto de una vía de respeto apropiada. Así, el derecho a ser autónomo trae aparejado el respeto. Por lo tanto, el derecho a la autonomía no impone al paciente a ser inevitablemente autónomo, el usuario o paciente tiene la potestad de delegar sus decisiones a un sujeto más informado o competente como es el médico. Valentine *et al* (op.cit., p 577). Lo anterior igualmente implica para el caso de las personas menores de edad o para las personas mentalmente limitadas (interdictos) que su autonomía deberá ser automáticamente concedida a su núcleo familiar.

De acuerdo con Valentine *et al* (Ibíd.) debe tomarse en cuenta la extensa literatura sobre diferentes tópicos relacionados con la autonomía, los cuales pasan por valores culturales, familiares, legales y de la discusión filosófica y moral. Con base en ello, según los autores, puede bosquejarse la autonomía en cuatro elementos:

- La necesidad de proveer información al individuo (y sus familiares cuando es apropiado) acerca del estado de su salud y los riesgos a los cuales enfrenta, e igualmente información acerca de tratamientos alternativos existentes.
- La necesidad de involucrar a los individuos (y sus familiares cuando sea apropiado) en el proceso de toma de decisiones sobre sus tratamientos e intervenciones antes de que éstos ocurran.

- La necesidad de obtener un “consentimiento informado” por parte del paciente (y sus familiares cuando sea apropiado) en el contexto de los exámenes y tratamientos.
- El derecho de los pacientes a rechazar de manera individual tales tratamientos. Valentine *et al* (Ibíd.).

**III. Respeto a la Confidencialidad** La confidencialidad es entendida como el secreto de la información personal. Es equiparable además a la privacidad. Es referida en ese sentido a la capacidad que tengan los individuos de controlar la información personal, la discrecionalidad en su uso y la potestad de decidir si puede o no utilizarse ésta para otros fines distintos a los de su tratamiento.

En cuanto dominio del Trato Adecuado (*Responsiveness*), la confidencialidad de la información personal se refiere a tres áreas específicas: Primera, la privacidad en el desarrollo de la consulta. Segunda, refiere al concepto de "comunicación privilegiada", es decir, responde a la cuestión de quién y en qué condiciones se le comunica al paciente sobre su estado. Tercera, la confidencialidad en los archivos médicos y la información sobre los individuos. Valentine *et al* (op.cit., p 579).

**IV. Atención Pronta a las Necesidades de Salud** Este dominio se refiere a la posibilidad de que el paciente pueda recibir cuidados cuando es realmente necesario u oportuno. El dominio incluye el conocimiento y posibilidad que la gente tenga de acceder de forma rápida a los servicios de emergencia y/o pueda esperar por periodos cortos para acceder a sus tratamientos y cirugías aún en el caso de que no se correspondan con emergencias. Incluye también, en términos de oportunidad, el establecimiento de tiempos mínimos y modos de acceso a las instituciones de salud, lo cual debería pasar por la evaluación de las distancias de viaje y la infraestructura necesaria para los mismos. Valentine *et al* (op.cit., p 580).

Esta dimensión del Trato Adecuado no se limita solamente al personal médico. La Atención Pronta en términos de procesos administrativos afecta también a las poblaciones; en ése sentido, la programación de la consulta, de las cirugías, que normalmente no dependen de los médicos y otro personal sanitario, si no de la capacidad de las instituciones, de su diseño administrativo gerencial que inciden sobre el buen desempeño de este dominio: Por ejemplo, los horarios de la citas programadas, o un efecto derivado de la no comunicación efectiva, donde el paciente tiene que —a través del ensayo y error— pasar por múltiples burocracias hasta poder obtener una autorización para un examen médico o la entrega de un medicamento.

**V. Comodidades Básicas (*Amenities*)** Este dominio está relacionado con la infraestructura física, a su estado, el cual incluye además aspectos asociados a la limpieza, el mantenimiento regular, la calidad de la ventilación, la disponibilidad de espacio de las salas de espera, la limpieza de los baños y del local en general. En términos generales se puede relacionar, con lo que se llama "*hotel facilities*". Valentine *et al* (op.cit., p 581).

**VI. Acceso a la Red de Soporte Familiar y de Amigos** El bienestar del paciente es de mejor grado si los individuos tienen acceso a las redes familiares o de otros soportes comunitarios durante su cuidado clínico. Este dominio corrientemente se analiza únicamente en el contexto de la atención de pacientes internos —*inpatient care*— Valentine *et al* (op.cit., p 581). De acuerdo con algunos autores, el acceso a las redes de soporte familiar y social disminuye el estrés y sus consecuencias en los pacientes hospitalizados. Por ejemplo, los pacientes que profesan la religión católica podrían querer tener acceso a la comunión dominical. Así mismo, el paciente pudiera querer tener acceso a revistas, libros o artículos de aseo entre otros. La presencia misma de otras personas para dialogar puede ser fundamental en la determinación del estado anímico de los pacientes.

**VII. Elección de instituciones e individuos que Proveen Salud** En el contexto de trato adecuado, la elección se relaciona con las instituciones y proveedores de salud. La elección es definida entonces como el poder o posibilidad de seleccionar, lo cual, requiere de la disponibilidad de más de una opción. Valentine *et al* (op.cit., p 577). La elección asimismo incorpora la posibilidad de un individuo de acceder a una segunda opción (posiblemente limitada en algunos casos) y el acceso a especialistas en salud cuando sean necesarios. (*Ibíd.*). En ese sentido, el debate sobre este dominio se ha centrado sobre las limitaciones que se imponen sobre el sistema de salud a través de recursos escasos tanto financieros como humanos.

La provisión a la población de la capacidad de elección está entonces limitada por los recursos con que cuente una comunidad o un Estado. Asimismo, barreras geográficas pueden dificultar —sobre todo en los países pobres— la capacidad de que las personas decidan sobre sus proveedores de salud tanto a nivel de instituciones como de personas (médicos). Por ejemplo, algunos podrían preferir hacerse sus tratamientos de cardiología en la ciudad de Medellín, donde se encuentra más avanzada la tecnología de los trasplantes de corazón. Los centros de volumen tienen mejores resultados.

De acuerdo con Valentine *et al* (op.cit., p 578), dadas las limitaciones que las comunidades enfrentan (tanto desde el punto de vista de los recursos humanos y financieros como de las desventajas de localización de muchas comunidades) la metodología de la OMS ha optado por dar un bajo peso al dominio capacidad de elección comparado con otros dominios de trato adecuado. (*Ibíd.*)

**VIII. La Comunicación** Es definida como la claridad en la transmisión de información y la capacidad de generar entendimiento por parte del paciente. En tanto dominio de trato adecuado este incluye la noción de que se debe de proveer al paciente (y a su familia cuando sea necesario) una explicación clara sobre la

naturaleza tanto de la enfermedad como de los detalles y consecuencias de los tratamientos así como una oportuna información comprensible sobre los tratamientos alternativos de los que se dispone. Asimismo, incluye la necesidad de proveer al paciente de un tiempo para que manifieste claramente sus síntomas y pueda realizar preguntas alrededor de los mismos.

La comunicación en tanto dominio del Trato Adecuado implica no solamente el contacto de la población con el personal estrictamente médico. Se debe incluir en este aspecto también la claridad en la comunicación referente a los aspectos burocráticos a los cuales se ve enfrentado el paciente o usuario del servicio de salud: Por ejemplo, la manera correcta de diligenciar los “co-pagos”, de solicitar citas o exámenes médicos (referido a procedimientos y lugares donde se deben de realizar) entre otros. Valentine *et al* (op.cit., p 579).

**4.2.1. Dominios Incluidos en el Estudio.** De acuerdo con lo presentado en el acápite anterior, y como se anotó, las claras distinciones que la metodología de la OMS presenta para pacientes internos —*inpatients care*— y pacientes de consulta externa, implican énfasis para algunos de los dominios, en consecuencia, para los efectos de esta investigación, al considerarse solamente una institución del Sistema de Salud de Cali —El Hospital Universitario del Valle— y dentro de éste solamente los pacientes del Área de Consulta Externa, se tomaron únicamente seis dominios a saber

1. Respeto a la dignidad,
2. Respeto al autonomía individual,
3. Respeto a la confidencialidad,
4. Atención pronta a las necesidades de salud,
5. Comodidades básicas,
6. Comunicación

#### 4.3. EXPECTATIVAS NO MÉDICAS: EL TRATO ADECUADO COMO UNA MEDIDA DE ACTITUD DE LOS USUARIOS FRENTE AL SISTEMA Y EL USO DE ESCALAS DE LIKERT

La respuesta del sistema de salud a las expectativas no médicas de los usuarios, se puede dividir en dos componentes: **"respeto a la persona"** y **"orientación al cliente"**. En éste sentido, se pueden entender los componentes del trato adecuado (*Responsiveness*), como juicios subjetivos de los usuarios con respecto a las expectativas que éstos se han formado sobre el sistema de salud. Es así como, puede interpretarse la calificación que los usuarios dan a los diferentes componentes —dominios— del trato adecuado como **medidas de actitud de los usuarios frente al sistema de salud**. Es bastante conocida en la literatura sociológica y de la psicometría, el uso de escalas de Likert para la medición de actitudes. Este tipo de escalas se encuentran dentro de un conjunto de variables usadas en las ciencias sociales y son llamadas **variables latentes**.

La variable actitud, no es observable por parte del investigador, lo observable son las opiniones o juicios que sobre algún dominio de la variable a examinar (Trato Adecuado) expresan los usuarios del sistema de salud. Ese elemento es relevante al definir las preguntas dentro del cuestionario.

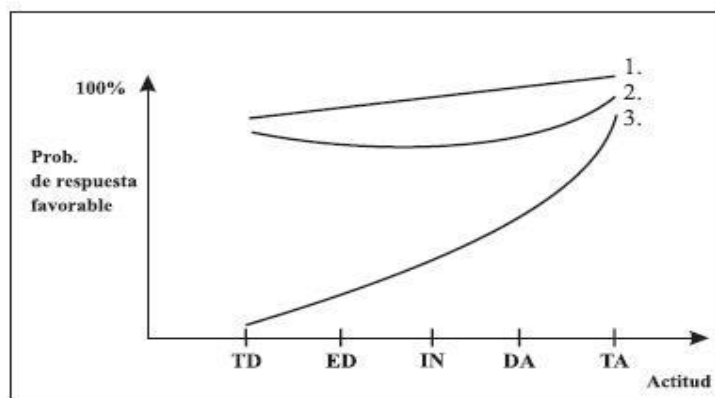
A nivel teórico se tiene que: debe existir una correlación entre la variable latente actitud y los "reactivos" que se le presenta a los entrevistados. Si el reactivo que se bosqueja para la encuesta está bien diseñado debería reflejar una correlación directa entre la probabilidad de dar respuestas favorables y el nivel de aceptación o actitud que el usuario del sistema de salud tenga sobre un determinado dominio.

En ese sentido, se pueden tener opciones como las siguientes:

En la figura 2, se ve que la curva uno representa un "reactivo" mal diseñado, pues

las actitudes “observadas” a través de la escala ordinal, tienen la misma probabilidad de elección, es en esa línea “neutral” o de “indiferencia” dado que cualquiera de las opciones es elegida con una probabilidad similar independientemente de la actitud. La curva 2 estaría en una situación intermedia. Mientras que la curva 3, refleja claramente un “reactivo”, cuya calificación tendría mayor probabilidad de respuesta favorable en la medida en que la actitud del paciente o usuario encuestado sea favorable. Elejabarrieta e Iñiguez<sup>13</sup>

**Figura 2. Probabilidad de respuesta a una escala Likert según diseño del reactivo**



**Fuente:** ELEJABARRIETA, F. J Y IÑIGUEZ, L. Construcción de Escalas de Actitud Tipo Thurst y Likert. Universidad Autónoma de Barcelona. 1984, p 25 y SS.

La importancia de la observación anterior, es que describen la propiedad fundamental de las escalas de Likert, **la relación monótona**. En palabras de Elejabarrieta e Iñiguez

*“... esto ilustra la propiedad fundamental de las escalas de Likert: la relación monótona. Esto implica, que la probabilidad de que una*

<sup>13</sup> ELEJABARRIETA, F. J.; e IÑIGUEZ, L. Construcción de Escalas de Actitud Tipo Thurst y Likert. Universidad Autónoma de Barcelona. 1984, p 25 y SS. Disponible la WEB en el URL: <http://antalya.uab.es/liniguez/Materiales/escalas.pdf>.

*persona acepte o rechace los enunciados de una escala, mantiene una relación monótona con la posición que la persona ocupa en el continuum hipotético de la actitud. Por relación monótona debemos entender el hecho de que la relación entre la aceptación o negación de un elemento, está siempre ligada de forma monótona a la posición que la persona ocupa en la escala. Por forma monótona debe entenderse que crece o decrece, en función de la favorabilidad o des favorabilidad. Lo que, por último implica que, es necesario que una cierta cantidad de enunciados hayan sido aprobados para que la medida sea posible". (Ibíd.)*

Lo anterior implica para la investigación que cada dominio ha de ser evaluado mediante más de una pregunta —reactivos por dominio. De tal forma que la monotonidad de la favorabilidad pueda ser observada. Es en ese sentido que cada uno de los elementos o dominios del trato adecuado inmersos en la escala, proporcionarán información sobre la actitud del sujeto. La acumulación —“suma”— de dicha información, es lo que permite decir la posición de una persona dentro del hipotético *continuum* de la actitud.

Es así que, ha de afirmarse que cada elemento o “reactivo” dentro de cada dominio proporciona información necesaria pero insuficiente para conocer la actitud de un usuario frente a la capacidad de respuesta del sistema de salud con relación a sus expectativas no médicas.

El índice de Likert para cada uno de los dominios es construido a través de sumas acumuladas de percepciones parciales que cada individuo tiene sobre el sistema. En términos estadísticos, debe entenderse como una suma ponderada<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> El índice de Likert, en ocasiones se asume como un promedio simple, en ese caso las ponderaciones son iguales para cada una de los “reactivos” empleados para cada dominio particular. Sin embargo puede darse una ponderación –peso- diferente a cada uno de los “reactivos” del dominio en función de su importancia. Desde luego el criterio para asignar pesos depende del investigador.



**4.3.1 La Construcción de un Índice de Likert Para el Trato Adecuado.** El primer paso para la construcción de un índice de Likert para el Trato Adecuado, es la agregación —“suma”— de las respuestas para cada uno de los reactivos —preguntas— en un dominio particular. Se define:

$$d_{i,j} = f(x_{i,j,1}, \dots, x_{i,j,k}) \quad (4.1)$$

Donde  $x_{i,j,k}$  representa la respuesta que el entrevistado (paciente  $i$ -ésimo) da sobre el *item*  $K$  —  $k$ -ésimo reactivo o pregunta— de la  $j$ -ésimo dominio del trato adecuado. Así la función  $f(.)$  puede tomar la forma de la suma ponderada de las respuestas que el sujeto  $i$  da a cada uno de los  $j$  dominios. Es decir,  $f(.)$  corresponde al índice de Likert para las calificaciones de cada sujeto en cada uno de los  $k$  dominios.

Más formalmente:

$$d_{i,j} = f(x_{i,j,1}, \dots, x_{i,j,k}) = \frac{1}{k} \sum_{m=1}^k x_{i,j} \quad (4.2)$$

Así construida  $d_{ij}$ , en tanto que es un promedio, será una variable de intervalo, y habrá una observación para cada uno de los  $i = 1, 2, 3 \dots n$ , sujetos encuestados en cada uno de los  $j = 1, 2, \dots, J$  dominios evaluados. Como señalan Valentine *Et al* (2003\_a, *ibíd.*) el índice agregado para sujetos-dominio  $d_{ij}$  requiere de ajustes para diferentes puntos de corte u opciones de respuesta, ello se hace mediante el uso de viñetas.

La puntuación agregada de trato adecuado específica para cada uno de los sujetos vendría dada por, el promedio de la calificación de los dominios

$$r_i = g(d_{i,1}, \dots, d_{i,J}) = \frac{1}{J} \sum_{j=1}^J d_{i,j} \quad (4.3)$$

La ecuación 4.3 se constituye en el índice de Trato Adecuado global de cada uno de los sujetos —i.e. la calificación que cada sujeto da al trato adecuado como un todo. Habrá pues, una única variable compuesta por  $n$  observaciones una para cada sujeto. Igualmente, esta variable puede ser trasformada: por ejemplo si se quiere normalizar para expresarla en un rango de 0 a 100, en cuyo caso sería una variable de intervalo. O puede ser reajustada aproximando a cero cifras decimales para que quede de nuevo como una variable discreta-ordinal<sup>15</sup>.

Finalmente, la puntuación del trato adecuado (*Responsiveness*) agregada para el total de la población será

$$R = h(r_1, \dots, r_n) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n r_i \quad (4.4)$$

**4.3.2 La Comparabilidad de los Índices de Trato Adecuado.** Cada dominio de sensibilidad sobre el Trato Adecuado (*Responsiveness*) necesita ser una construcción suficientemente coherente: que pueda ser medida en una escala ordinal. La escala de Likert es, como se ha dicho, una escala ordinal, y supone una escala latente para cada uno de los dominios. Los “reactivos” dentro del cuestionario se utilizan para hacer observaciones sobre visiones **específicas**, es decir sobre las experiencias que los usuarios del sistema han tenido, y no, sobre observaciones referentes una visión **general** sobre lo que debería de ser la capacidad de respuesta del sistema de salud. Es relevante considerar la diferencia y contraste sobre “lo que es” —la **visión específica** o experiencia real

---

<sup>15</sup> Ver metodología paso 6 de la estimación de índices.

vivida por el paciente en su relación con el sistema de salud – y la **visión general** o el “deber ser” —lo cual implica una **expectativa**—.

La diferencia entre la visión general y la específica es clave, pues aun suponiendo que las actitudes sobre el sistema de salud se mueven dentro de un *continnum* definido por unos rangos, la calificación de cada uno de los “reactivos” de un dominio específico puede diferir de acuerdo a la cohorte que se tipifique —según características socioeconómicas tales como el nivel de educación, la edad, el nivel de ingresos; u otras características tales como si se pertenece a una determinada cohorte según el tipo de consulta externa: Ginecología vs. Pediatría.

De esta manera, los índices de Likert contruidos sobre la visión **específica** de cada paciente —la cual depende de su experiencia— pueden entonces ser útiles para comparaciones al interior de una cohorte, pero pueden diferir al comparar entre diferentes cohortes. La metodología de la OMS sugiere entonces el uso de viñetas que recojan las visiones generales para ajustar por expectativas los índices contruidos a partir de las escalas básicas de Likert elaborados con base en visiones específicas. Véase Valentine *et al* (2003\_a, Pág., 587 y SS). En la siguiente sección se amplía esta cuestión.

Un concepto relevante que aparece de inmediato en escena es el de “cambio en el punto de corte de las respuestas cualitativas”. Murray *et al* (2000). Al definir la capacidad de respuesta del sistema de salud (Trato Adecuado) como un constructo conformado por varios dominios, se está precisando entonces al trato adecuado como una variable multidimensional sobre la cual los sujetos expresan su percepción **específica** y, como se anotó, tal percepción se mide en una escala de Likert. La implementación práctica del concepto requiere un uso limitado de dominios y que éstos provean de una media y una moda, fidedigna, válida y comparable.

Sin embargo, independientemente del debate sobre cuáles dominios deben establecerse con respecto al Trato Adecuado (*Responsiveness*), en este punto de la investigación, interesa dar cuenta de que las percepciones o actitudes no pueden ser directamente medidas, pues son una variable latente: Lo que puede ser medido es una aproximación a las mismas —i.e. las puntuaciones en la escala de Likert sobre **visiones específicas**. Las calificaciones reportadas para cada uno de los individuos estarán afectadas por las expectativas que deviene de **juicios generales**, sobre “el deber ser” de un sistema de salud. Pero también serán afectadas por las “ganancias secundarias” que se derivan de las creencias subjetivas de los entrevistados en cuestiones como: Si el entrevistado cree que por ejemplo, al calificar el dominio sobre el *confort* con una buena puntuación, ello podría afectar posteriormente el “co-pago” o la tarifa que desembolsa en el hospital, tendrá incentivos para calificar mal tal dominio.

Por lo anterior, es claro que el reporte que se haga de la calificación en una escala de Likert en un ámbito **específico**, en tanto que éste reporta su experiencia con el sistema (y no juicios generales) dependerá de las características del sujeto. Ello implica que las calificaciones registradas en la escala de Likert pueden ser homogéneas al interior de una cohorte pero heterogéneas entre cohortes. Tal problema relativiza la posibilidad de comparaciones entre subgrupos poblacionales. Murray<sup>16</sup> *et al* (2000).

Por ejemplo en la figura 3 se ilustra el caso de tres pacientes, que corresponden a tres cohortes poblacionales diferentes: El Paciente **A** corresponde a un paciente de consulta externa en el área de Medicina Interna, el Paciente **B** es un sujeto del área de consulta externa en Ginecología y, finalmente, el Paciente **C** es un paciente de Pediatría. Suponga que se les pide calificar el dominio Dignidad, a través del reactivo —la pregunta—

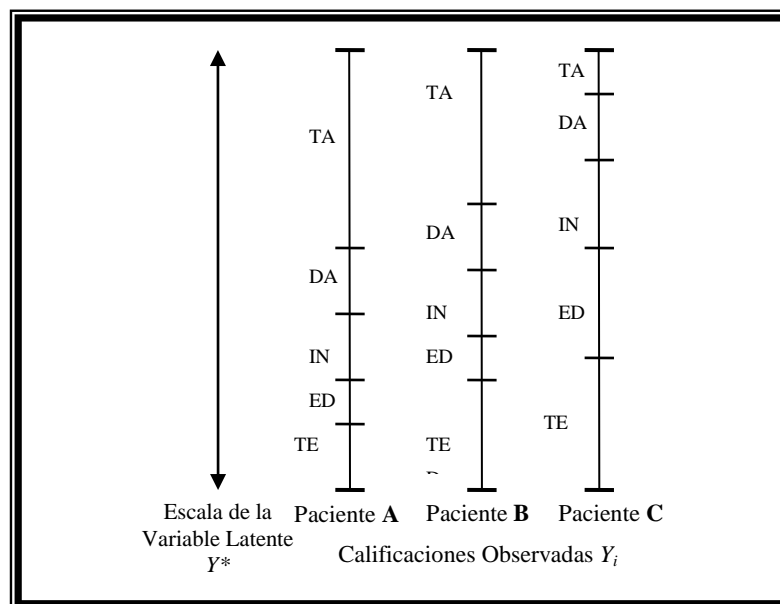
---

<sup>16</sup> MURRAY, C.; TANDON, A.; SALOMON, J. & MATHERS, C. Enhancing cross-population comparability of survey results. En GPE Discussion Paper series: No. 35 WHO/EIP. 2000.

“El trato por usted recibido por parte de los médicos y enfermeras en lo referente a la amabilidad de los mismos, en la consulta externa del Hospital Universitario fue muy bueno”

La pregunta se califica mediante una escala de Likert con opciones: a) TA= Totalmente de acuerdo, b) DA= De acuerdo, c) IN= Indiferente o neutro, d) ED= En desacuerdo y, e) TED= Totalmente en desacuerdo.

**Figura 3. Divergencias entre la Escala Latente y las calificaciones de las Personas**



**Fuente:** MURRAY, C.; TANDON, A.; SALOMON, J. & MATHERS, C. Enhancing cross-population comparability of survey results. En GPE Discussion Paper series: No. 35 WHO/EIP. 2000.

Como se ve en la figura 3 la escala latente “real” de la variable dignidad,  $Y^*$ , no se corresponde uno a uno con lo que manifiestan los pacientes<sup>17</sup>. Por ejemplo el Paciente A, de medicina interna, tendrá más experiencia en relación con la

<sup>17</sup> Un ejemplo adicional se encuentra en Murray *et al* (2000).

consulta externa —por ejemplo si es un adulto mayor con una enfermedad crónica— habrá registrado de su experiencia cambios en la administración del hospital, entonces pequeños cambios o mejoras serán calificados como muy buenos, así una mejora que debería ser calificada con menos laxitud, el paciente **A** la calificaría como “totalmente de acuerdo”.

En oposición, en el caso del paciente **C** —que en realidad es uno de los padres o acudientes del menor— sería más propenso a calificar “con firmeza” el trato que su hijo reciba, es más probable que sólo califique bien lo que realmente sea muy bueno; lo que en la escala latente correspondería a casos bien calificados. Así, al evaluar un aspecto positivo, el paciente **C** difícilmente expresaría estar “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con esa situación positiva. Por el contrario, los casos que no deberían de ser tan mal calificados se calificarían bastante mal. De acuerdo con la escala latente  $Y^*$ , podemos decir que lo que es muy bueno para el paciente **A** —estaría totalmente de acuerdo— para el paciente **C** sería algo poco aceptable.

Vale la pena anotar que la construcción de escalas de calificación no debe limitarse solamente a las presentadas en el ejemplo, se puede usar otras escalas o combinaciones de éstas siempre que sean ordinales. Lo relevante es considerar su normalización y orden<sup>18</sup> en el momento de construir el índice agregado de Likert. Elejabarrieta e Iñiguez (1984). En el caso de esta investigación se usará una combinación de escalas ordinales a saber: Una de cinco categorías ordinales que va de Muy Buena a Muy Mala y otra de cinco categorías que va de Nunca a Siempre. Ver Anexo 2 Instrumento para Evaluar Trato Adecuado.

#### **4.3.3 Ajuste de Expectativas y Cambios en el Punto de Corte de Respuestas Cualitativas Ordenadas.** De la discusión anterior ha quedado claro que la

---

<sup>18</sup> de Mayor a Menor o de Menor a Mayor.

comparación de calificaciones sobre Trato Adecuado puede diferir entre cohortes poblacionales específicas. Por ejemplo, lo que es Adecuado —bueno— para las personas más pobres de los sectores rurales que acceden a los servicios del Hospital en consulta externa puede no serlo para los usuarios de la clase media que residen en Cali.

Para corregir este problema se utilizan viñetas. Así, a los “reactivos” —las preguntas— que a cada individuo se le hacen sobre su propia experiencia **específica**, con relación al sistema en un dominio particular, se le asignan unos Reactivos —preguntas— adicionales llamados viñetas. Dichas viñetas, habrán de captar el elemento **general** —objetivo—; en ese sentido, las preguntas de las viñetas, no son preguntas sobre la experiencia del individuo encuestado en el sistema de salud, sino sobre el deber ser; ello se hace a través de una interpuesta persona, que vive un caso hipotético de relación con el sistema de salud.

Así, las viñetas que apoyan a cada pregunta, constan de **situaciones hipotéticas** donde otra persona —en la situación relatada en la viñeta— se relaciona con el sistema de salud. Tales situaciones hipotéticas de terceras personas son también valoradas por el entrevistado mediante una escala de Likert. Esa información sobre el deber ser (lo general), de cada dominio así recogida, junto con la información socioeconómica se utiliza para correr modelos probit ordenados, es decir, de respuesta politómica tales como las 5 que van de “totalmente en desacuerdo” a “muy de acuerdo” con la situación hipotética.

Como se verá en el acápite siguiente, los umbrales en los que se pasa de una opción a otra, son los llamados **puntos de corte de respuestas cualitativas**, en el caso de 5 opciones se tendrían 4 umbrales o puntos de corte. Tal puntuación permite ser usada para corregir la valoración sobre la experiencia personal de cada sujeto —es decir se usa la información sobre “el deber ser” que recoge las expectativas sobre el sistema de salud para corregir la calificación que sobre la

experiencia real ha tenido el paciente.

**4.3.4. Corrección por Expectativas: Viñetas y Modelos Probit Ordenados.** En general los modelos de respuesta múltiple ordenados, relacionan una variable  $Y_i$  con las variables  $x_{1i}, x_{2i}, \dots, x_{ki}$ , a través de la siguiente ecuación.

$$Y_i^* = F(X_i\beta) + u_i = F(Z_i) + u_i \quad (4.5)$$

Dónde:

$Y_i^*$  es una variable latente (no observada) que cuantifica las diferentes categorías.

En este caso, la percepción sobre el “trato adecuado” o componente afectivo del juicio sobre los componentes no médicos del sistema de salud.

$F(.)$  es una función de distribución Normal.

$X_i\beta_i$  es una combinación lineal de las variables o características de los sujetos que se denomina Índice del modelo  $Z_i = X_i\beta_i$

$u_i$  es una variable aleatoria que expresa el término del error.

Como la variable  $Y^*$  —el agrado o favorabilidad respecto del sistema de salud— no es observada por el investigador, se tiene que solamente es observable la elección del paciente, es decir, la calificación que éste asigna a cada dominio en la escala de Likert<sup>19</sup> que se denominará  $Y$ . Ahora, se tiene por ejemplo una escala de Likert con cuatro categorías ordenables la variable  $Y$  observada se fundamentará en el siguiente patrón:

---

<sup>19</sup> Recogida por el índice de Likert construido a través de la ecuación (4.4)



$$Y_i = \begin{cases} 0 & \text{si } -\infty \leq Y_i^* \leq \tau_1 \\ 1 & \text{si } \tau_1 \leq Y_i^* \leq \tau_2 \\ 2 & \text{si } \tau_2 \leq Y_i^* \leq \tau_3 \\ 3 & \text{si } \tau_3 \leq Y_i^* \leq \infty \end{cases} \quad (4.6)$$

Es decir, se observará una puntuación 1 en la escala de Likert ( $Y=1$ ) solamente si la variable latente  $Y^*$  se encuentra en un rango específico  $\tau_1 \leq Y_i^* \leq \tau_2$ . Lo mismo ocurrirá con los valores 0, 2, y 3 de la escala de Likert observada. Nótese que solamente se está formalizando lo que de forma intuitiva se planteó en la construcción de las escalas de Likert: Hacer observable indirectamente una variable latente de favorabilidad o agrado que recoge el “componente afectivo” de la “actitud” del paciente hacia los componentes no médicos del sistema de salud. Se debe señalar que existe una correspondencia entre el orden de la variable observada  $Y$  —la calificación en la escala de Likert— y el orden de la variable latente, es decir que si  $Y_i < Y_j$  entonces  $Y_i^* < Y_j^*$ . O lo que es lo mismo, se cumple con la relación monótona que caracteriza a las escalas de Likert: Si mediante una escala de Likert una situación  $j$  se califica como más favorable que una situación  $i$ ,  $Y_i < Y_j$ , es porque el componente afectivo de la actitud de la persona hacia la situación  $j$  es más favorable que la actitud hacia la situación  $i$ ,  $Y_i^* < Y_j^*$ .

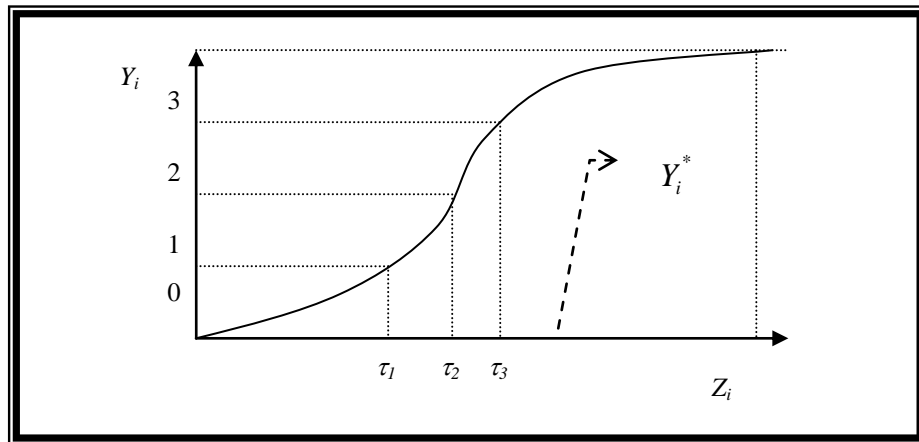
Desde un punto de vista gráfico, un modelo que contempla 4 categorías en la escala ordenada del Likert etiquetadas como (0, 1, 2, 3), se puede visualizar como muestra la figura 4. En el eje de las abscisas (el eje x del plano cartesiano) se representan los valores que toman las opciones de  $Y$ , mientras que en el eje de las ordenadas (el eje y del plano cartesiano) se presentan los rangos en los que toma valor la variable latente  $Y^*$

Así, la probabilidad de que un paciente  $i$  registre cada una de las calificaciones en la escala de Likert viene dada por la probabilidad condicional de que la variable

latente  $Y^*$  se encuentre en un rango específico como sigue:

$$\begin{aligned}
 \text{prob}(Y_i = 0 | X_i, \beta, \tau) &= F(\tau_1 - X_i\beta) \\
 \text{prob}(Y_i = 1 | X_i, \beta, \tau) &= F(\tau_2 - X_i\beta) - F(\tau_1 - X_i\beta) \\
 \text{prob}(Y_i = 2 | X_i, \beta, \tau) &= F(\tau_3 - X_i\beta) - F(\tau_2 - X_i\beta) \\
 \text{prob}(Y_i = 3 | X_i, \beta, \tau) &= 1 - F(\tau_3 - X_i\beta)
 \end{aligned}
 \tag{4.7}$$

**Figura 4.** Esquema general de un modelo probit ordenado para cuatro Opciones en la Escala de Likert



**Fuente:** MURRAY, C.; TANDON, A.; SALOMON, J. & MATHERS, C. Enhancing cross-population comparability of survey results. En GPE Discussion Paper series: No. 35 WHO/EIP. 2000.

Donde  $F(.)$  es la función de distribución o densidad acumulada, que se supone es una normal. Los valores de los umbrales o puntos de corte  $\tau_m$  con  $m=1,2,3$  y los parámetros  $\beta$  se estiman a través del método de Máxima Verosimilitud, Ver Greene (1999), y se debe de cumplir la siguiente relación:  $\tau_1 < \tau_2 < \tau_3$ . La estimación puede hacerse con las rutinas de paquetes como el STATA<sup>®</sup>. Ver Anexo 1 de la Metodología “Programación do file”.

En el modelo probit ordenado, que se enuncia, se usa un conjunto de respuestas individuales observadas en la calificación de un dominio particular, para estimar al mismo tiempo los puntos de corte de las respuestas categóricas  $\tau_1, \tau_2, y \tau_3$  y la variable índice  $Z$ , que es un estimativo de la variable latente  $Y^*$ , es decir  $\hat{Y}^* = \hat{Z} = X_i \hat{\beta}_i$  donde el acento circunflejo —el “gorrito”— significa estimado. Sin embargo, como se anotó, en la sección anterior, Murray *et al* (2000) señalan que dicho umbral  $\tau_m$  a partir del cual se pasa de una calificación a otra puede variar de una cohorte a otra debido por ejemplo a diferencias culturales, demográficas, socioeconómicas, etc.. (Figura 2).

La pregunta que surge es: Si los puntos de corte medios en una sub-muestra de la población, que determina los umbrales de la variable latente trato adecuado en un dominio particular,  $\tau_1, \tau_2, y \tau_3$ , son diferentes entre cohortes, ¿pueden estos puntos de corte ser usados para comparar el nivel real de satisfacción en el trato adecuado? La respuesta es sí. Como anotan Murray *et al* (2000) *“se puede estimar el valor promedio de la variable latente para cada respuesta categórica basándose en los estimados de los puntos de corte”*. La propuesta metodológica de ajuste por expectativas simplemente señala el uso de un modelo Probit ordenado para un dominio particular tomando como variable dependiente las respuestas a la pregunta específica sobre la experiencia propia del paciente, es decir el  $Y$  observado —i.e. la escala de Likert— y utilizando como regresores las viñetas asociadas a tal pregunta.

Así, en el modelo descrito por las ecuaciones 4.5, 4.6 y 4.7, las  $X$  incluirán las respuestas dadas en cada viñeta asociada a la pregunta particular<sup>20</sup>. A partir de ello se estima de nuevo  $Y^*, \hat{Y}^* = \hat{Z} = X_i \hat{\beta}_i$  luego estos estimados se normalizan para que quede un índice entre 0 y 100, lo cual se hace simplemente restando,

---

<sup>20</sup> Véase Murray *et al* (2000) para un ejemplo con modelos Rash —que utilizan variables explicativas categóricas.

para cada sujeto, el valor máximo de la muestra de  $Y^*$  estimado menos el  $Y^*$  estimado para ese sujeto, dividiendo el resultado por el valor máximo de la muestra de  $Y^*$  estimado y multiplicando por 100. Murray *et al* (2000). Más formalmente, para el sujeto  $i$  se tiene

$$Indice_i = \frac{\max\{Y^*\} - Y_i}{\max\{Y^*\}} * 100 \quad (4.8)$$

La intuición de la metodología es simple, si las preguntas consignadas en las viñetas expresan la opinión sobre “el deber ser” —es decir, recogen las expectativas sobre el sistema de salud—, un modelo probit ordenado, que tenga estas variables como regresoras, traslada las puntuaciones del espacio de las calificaciones “objetivas” al espacio de las calificaciones subjetivas mediante un índice latente estimado  $Y^*$ . En ese sentido, se conectan los juicios de valor sobre el deber ser con las opiniones o afectividad declarada sobre la experiencia propia frente al sistema de salud. Con base en (4.8) se construyen las puntuaciones para los índices agregados mediante las ecuaciones 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4 respectivamente.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Mixta de corte transversal: combina elementos cualitativos y cuantitativos.

### 5.2 POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes de consulta externa del Hospital Universitario del Valle, de cuatro áreas:

- Pediatría,
- Ginecología,
- Medicina Interna
- Cirugía.

Se escogieron dichas áreas porque son las de mayor flujo de pacientes dentro del hospital y representan una población bastante heterogénea.

- **La unidad de análisis** es el **paciente (Usuario)** el cual es quien tiene una relación directa con el sistema de salud; su percepción es la relevante dentro del estudio.
- **La unidad de observación**, para las áreas de Ginecología, Medicina Interna y Cirugía la unidad es **el paciente** (usuario). Por las razones ya mencionadas. En el caso del área de Pediatría la unidad de observación será el **padre del menor** o acudiente, ello por razones técnicas y éticas.
- **La unidad de selección** es la **cita médica** la cual permite la selección aleatoria de los pacientes que asisten a consulta externa dentro del

Hospital Universitario. La selección se hará dentro de los listados de citas para los días en que se aplicará la encuesta.

- Se considera como **casos** aquellos pacientes mayores de 18 años, que asisten a consulta externa, a las áreas de Ginecología, Medicina Interna, y Cirugía. Y los padres o acudientes de los niños que asisten a la consulta externa de Pediatría.

### 5.3 DISEÑO DE LA MUESTRA

Para el muestreo de los usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Departamental se utilizaron técnicas de muestreo aleatorio estratificado (asignación proporcional).

El método de asignación proporcional permite determinar el tamaño óptimo de la muestra, así como los estimadores puntuales y los límites de confianza para las medias, las proporciones y las razones en conglomerados. En este método, los tamaños de muestra en cada estrato se distribuyen en la misma proporción que las unidades de la población total. (Martínez Bencardino<sup>21</sup> (1984).

Se definieron 4 estratos ( $h$ ) que se pueden considerar homogéneos desde el punto de vista de las características de los pacientes o usuarios: Pediatría=1, Cirugía=2, Medicina Interna=3, Ginecología= 4. ( $h=1,2,3,4$ )

Se tomó como base la información disponible referente a consulta externa de estas cuatro áreas durante marzo - abril de 2008. Con base en dicha información se estimó la consulta anual con base en el promedio mensual. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

---

<sup>21</sup> **MARTÍNEZ BENCARDINO, Ciro.** *MUESTREO: Algunos Métodos y sus Aplicaciones.* ECOE editores. Bogotá.1984.

**Tabla 1. Población Pacientes por Área de Consulta Externa Hospital Universitario del Valle**

Área de consulta	Enero-Octubre de 2007	Promedio Mensual	Estimación Consulta Anual
<b>1. Pediatría</b>	1433	143,3	<b>1720</b>
<b>2. Cirugía</b>	1590	159	<b>1908</b>
<b>3. Medicina Interna</b>	1999	199,9	<b>2399</b>
<b>4. Ginecología</b>	1320	132	<b>1584</b>
<b>Total</b>	<b>6342</b>	<b>634,2</b>	<b>7610</b>

**Fuente:** Hospital Universitario del Valle y cálculos propios.

Las ponderaciones (o participación proporcional) para cada estrato (área de consulta externa) vienen dados como

$$W_P = \frac{N_P}{N} = \frac{1720}{7610} = 0,266$$

$$W_C = \frac{N_C}{N} = \frac{1980}{7610} = 0,251$$

$$W_M = \frac{N_M}{N} = \frac{2399}{7610} = 0,315$$

$$W_G = \frac{N_G}{N} = \frac{1584}{7610} = 0,208$$

La primera aproximación al tamaño representativo es:

$$n_0 = \frac{\sum_{h=1}^4 W_h S_h^2}{\frac{d}{Z}} \quad (1)$$

donde :

$n_0$  = Es la primera aproximación o tamaño optimocuando la población es infinita

$Z$  = Es el  $Z$  (distrib Normal) asociado al nivel de confianza del estudio

$S_h^2$  = Es la varianz a muestral en el estrato  $h$

$d$  = Es el error de muestreo

$W_h$  = *Ponderacion*

#### 5.4 PROPUESTA DE MUESTREO ASUMIENDO VARIABLE DE INTERÉS DICOTÓMICA

Se asume que:

- Variable resultado dicotómica (Buen trato: si, no)
- Máxima varianza = 0,25 (Considerando probabilidad en estratos =0.5)
- Error de muestreo = 5%
- Nivel de confianza = 95%

Bajo estos supuestos y requerimientos se tiene:

$$Z = 1,96$$

$$S_h^2 = 0.25 \text{ para } h = 1,2,3,4$$

$$d = 0.05$$

Se reemplaza en (1)



$$n_0 = \frac{\sum_{h=1}^4 W_h S_h^2}{\left(\frac{d}{Z}\right)^2} = \frac{0,226 * 0,25 + 0,251 * 0,25 + 0,315 * 0,25 + 0,208 * 0,25}{\frac{0,05^2}{1,96^2}}$$

dado que las varianzas son iguales en todos los estratos se tiene :

$$n_0 = \frac{0,25}{\frac{0,0025}{3,8416}} = \frac{3,8416 * 0,25}{0,0025} = 384,16$$

$$n_0 = 384,16$$

Se aplica corrección para población finita (Martínez Bencardino (op.cit.).

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad (2)$$

donde :

$n_0$  = Es la primera aproximación tal como se define en (1)

$N$  = Es el tamaño de la población

Se reemplaza en (2):

$$n_{Ajustada} = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{384,16}{1 + \frac{384,16}{7610}} = 365,7$$

$$n_{Ajustada} = 366$$

La muestra óptima —sin corrección por sesgo de no respuesta— es de 366 pacientes encuestados.

**Corrección por sesgo de no respuesta.** Se consideró que la encuesta se aplicaría a través de formularios complementados mediante la metodología “cara a cara”, lo cual aseguraría una menor tasa de no respuesta o de mal llenado de los formularios. Sin embargo, era posible que se registrase un porcentaje de encuestas mal cumplimentadas o con información no válida.

Como se anotó arriba, entre 1990-2000 la OMS realizó el estudio “*Multi-country survey on health system responsiveness*” entre 61 países asociados. En Colombia el estudio contó con el apoyo de la universidad Javeriana de Bogotá. Se aplicó la encuesta en los hogares mediante el método “Cara a Cara” como estrategia de recolección de la información, utilizando lo que se llamó el “cuestionario largo” (*Long Household Questionnaire*). Ver OMS (2001. pág. 34). La duración media de la aplicación de cada cuestionario en Colombia fue de 68 minutos por todos los módulos; la duración promedio en los diez países que implementaron la metodología de la encuesta en el hogar (encuesta larga cara a cara) fue de 87 minutos. (ob.cit. Pág. 38). El módulo de *responsiveness* presentó un 5.2% de los escenarios válidos con un 5% más de los *ítems* no contestados (*missing*) por el encuestado. (op.cit., p 43).

En Colombia se aplicaron 8158 encuestas, de las cuales para el módulo de *responsiveness* un total de 2139 encuestas no fueron completadas (26.2%). El número final de encuestas con información válida para el estudio fue de 6019 encuestas. Valentine *et al* 2003, (Anexo A). Lo cual implica una tasa de respuesta del 74%.

Tomando el porcentaje de sesgo de no respuesta (o de mal llenado) del 26.2% y para prever la pérdida de observaciones por el sesgo, fue necesario incrementar el tamaño de la muestra de la manera siguiente:

$$n_{Definitiva} = \frac{n_A}{(1 - 0,262)} = \frac{366}{0,738} = 495$$

$$n_{Definitiva} = 495$$

Por tanto, tomando en cuenta el sesgo de no respuesta (26.2%), la muestra estimada fue de **495 pacientes o usuarios**.

Con base en las ponderaciones se estimó la muestra en cada estrato, de tal forma que fuese representativo de la población usuaria de consulta externa del Hospital Departamental, en las cuatro áreas bajo estudio.

$$n_1 = n_A * W_1 = 495 * 0,226 \cong 112$$

$$n_2 = n_A * W_2 = 495 * 0,251 \cong 124$$

$$n_3 = n_A * W_3 = 495 * 0,315 \cong 156$$

$$n_4 = n_A * W_4 = 495 * 0,208 \cong 103$$

Por tanto, el número de encuestas por estrato fue la siguiente:

**Tabla 2. Muestra de Pacientes por Área de Consulta Externa Hospital Universitario del Valle**

Área de Consulta	Muestra de pacientes
1. Pediatría	112
2. Cirugía	124
3. Medicina Interna	156
4. Ginecología	103
<b>Total Encuestas</b>	<b>495</b>

## 5.5. VARIABLES EN EL ESTUDIO

**5.5.1 Variable Explicada. Índice de Trato Adecuado** o Capacidad de respuesta del sistema de salud a las Expectativas no médicas de los usuarios. Variable Cuantitativa en un rango normalizado de 0 a 100. Ver sección Metodología para estimación de índices de calificación del Trato Adecuado de éste capítulo.

**5.5.2. Variables Socioeconómicas Explicativas.** Estas variables sirven para identificar cohortes poblacionales, son usadas en la estimación de los modelos Probit ordenados.

**Sexo** Variable dicotómica, toma valor de 1 si el paciente es hombre y cero si es mujer.

**Edad** Variable continúa expresada en años de vida del paciente.

**Nivel de Escolaridad** Variable ordinal toma valores de 1 a 6 en lo rangos de ninguna educación a postgrado. Ver anexo del cuestionario pregunta A4.

**Estado Civil** variable cualitativa en escala nominal toma valores 1 si el entrevistado es casad@ o en unión libre, 2 si es solter@, 3 si es divorciad@, 4 si es Viud@ y 5 si es madre soltera.

**Ocupación** variable cualitativa en escala Nominal, toma valores de 1 si es empelad@, 2 si es profesional independiente, 3 trabajador estatal, 4 si es jubilad@, 5 si es ama de casa, 6 si es desemplead@, 7 si es estudiante, 8 si es discapacitado.

**Reside en Cali** Variable dicotómica toma valor de 1 si el entrevistado vive en Cali y cero en otro caso.

**Reside Urbana** Variable dicotómica toma valor de 1 si el entrevistado vive en la zona rural y cero en otro caso.

**Índice de expectativas** corresponde a un conjunto de índices de Likert contruidos con base en las Viñetas aplicadas de forma general a los dominios evaluados. (Ver sección Metodología para estimación de índices de calificación del Trato Adecuado)-

## 5.6 INSTRUMENTOS

Se utilizó un cuestionario adaptado de los de la OMS<sup>22</sup> (Anexo B) que consta de las partes siguientes:

- 1.- Información socioeconómica: Sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de residencia.
- 2.- Información sobre uso del Sistema de Salud
- 3.- Dominios de trato adecuado: atención pronta, dignidad, comunicación, autonomía, confidencialidad y calidad de las instalaciones.
- 4.- Viñetas asociadas a los dominios evaluados

## 5.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

**5.7.1 Prueba Piloto y Validación.** Se realizó una prueba piloto al cuestionario adaptado de los de la OMS<sup>23</sup>. (Anexo B) Se tomó la parte correspondientes a

---

<sup>22</sup> Para mayor detalle sobre la investigación World Health Survey véase la página de la OMS [www.who.org](http://www.who.org).

<sup>23</sup> Para mayor detalle sobre la investigación World Health Survey véase la página de la OMS [www.who.org](http://www.who.org).

*Responsiveness* de los cuestionarios WHO en su área *Evidence and Information for Policy* correspondiente a la investigaciones *World Health Survey*, en particular los cuestionarios *Short Questionnaire* y el *Long questionnaire*. WHO (2002\_a y 2002\_b). Se aplicó a 13 personas del área de consulta externa del HUV. Para validar la consistencia se tomaron como referencia las preguntas C.1.5 (dominio Atención Pronta), C.2.7 (dominio Dignidad), C.3.7 (dominio Comunicación), C.4.3 (dominio Autonomía), C.5.3 (dominio Confidencialidad) y C.6.7 (dominio Calidad en las Instalaciones). Estas preguntas engloban la percepción de los usuarios sobre cada uno de los dominios. Se aplicaron pruebas de correlación bivariada de Pearson y pruebas ji-cuadrado.

**5.7.2 Método de Aplicación del Cuestionario.** Se aplicó el instrumento a los pacientes (usuarios) del servicio de consulta externa del Hospital Universitario del Valle en las Instalaciones del Hospital. Por simplicidad y considerando que los posibles entrevistados están en un área reducida se elige como método de recolección las entrevistas personales (Cara a Cara). Considerando además que con este tipo de método los encuestadores pueden aclarar dudas o inquietudes que puedan surgir en el momento de diligenciar el cuestionario.

Este aspecto es relevante en este caso pues la utilización de escalas de Likert no siempre es de fácil comprensión para el encuestado y por tanto requieren una orientación. Eso sería un problema en el caso de utilizar metodologías alternativas tales como la entrevista telefónica o la encuestas por correo —en las cuales la relación con el encuestado no es directa— ello puede implicar un incremento en el sesgo de no respuesta, en la aparición de datos *Missing* (aspectos no llenados dentro del cuestionario).

De otra parte, la justificación de la entrevista Cara a Cara como metodología elegida pasa por los elementos de minimización de costos en tiempo y dinero. El otro tipo de metodologías —encuesta telefónica y encuesta por correo—

presentan gran dificultad en la ubicación de las personas. No todas las personas que asisten a consulta externa en el Hospital Universitario del Valle son residentes en la ciudad de Cali; posiblemente algunos pacientes de la zona rural no cuenten con servicio telefónico. De otro lado, el servicio de correo implica un costo adicional para el entrevistado —como es el desplazarse hasta los sitios donde se pueden enviar vía postal los instrumentos debidamente llenados— además del mayor tiempo requerido en el proceso de envío y recepción. Ese elemento implica un incremento de la probabilidad de que los cuestionarios no sean devueltos y en la probabilidad de que los que devuelven el cuestionario pertenezcan a un sector de la población específico: i.e. Personas con mayor nivel de educación, ubicados en sectores geográficos de la ciudad —o de la región— con mayor acceso a los centros de correo.

Los anteriores inconvenientes de las metodologías alternativas introducen sesgos de autoselección que afectaría la confiabilidad y precisión de los resultados de la investigación. En Colombia este tipo de metodologías es más complicado de utilizar que en países más desarrollados; de hecho la OMS realizó el estudio *“Multi-country survey on health system responsiveness”* 1999-2000, entre 61 países asociados y de estos solamente 28 países utilizaron la entrevista postal y algunos de esos 28 la combinaron con posteriores entrevistas en los hogares; de los 61 países solamente dos (Canadá y Luxemburgo) utilizaron la entrevista vía telefónica. Bedirhan Üstün *et al* (2001 p 34).

La encuesta, de acuerdo con el tipo de muestreo —muestreo aleatorio estratificado— se aplicó a 495 pacientes mediante asignación aleatoria usando como referencia la lista de pacientes inscritos en la consulta externa en cada una de las 4 áreas bajo estudio asignándolos como es usual de acuerdo con una tabla de números aleatorios. El tiempo de aplicación de la encuesta varió entre 15 y 20 minutos.

La recolección de la información se realizó durante 24 días (21 encuestas por día). Los encuestadores trabajaron jornadas de 8 horas por día; se contó con un encuestador por cada área de consulta externa (Tabla 3).

**Tabla 3. Distribución del número de Encuestas por Día**

Área de consulta	Nº Encuestas	Encuestas por día	Minutos por día realmente aplicados
1. Pediatría	112	5	100
2. Cirugía	124	5	100
3. Medicina Interna	156	7	140
4. Ginecología	103	4	80
<b>Total Encuestas</b>	<b>495</b>	<b>21</b>	<b>420</b>

Los encuestadores tenían amplia experiencia en la aplicación de encuestas en diferentes ámbitos. (Anexo C).

## 5.8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

**5.8.1 Depuración de los Datos y Reajuste de la Base Bruta.** El ajuste de los datos *missing* se realizó mediante dos procedimientos: **La eliminación de la observación** cuando el dato *missing* correspondía a la variable dependiente. Esto es, cuando no se registraba correctamente o no estaba la información correspondiente a la evaluación de los dominios del Trato Adecuado. En el caso de que el dato *missing* correspondiera a variables potencialmente utilizadas como explicativas o regresores, se ajustaron a través de **las imputaciones de valores**.

La eliminación de datos *missing* se hace con dos criterios: El argumento básico para la exclusión de los datos *missing* es que su inclusión habría que comportarse como un cero en la escala de Likert, lo cual sesgaría a la baja las estimaciones de la media o la mediana de la variable de interés, lo cual es razonable si ese cero es



una respuesta que en principio es sesgada o no honesta. No son claras las razones por las que una persona se negaría a complementar esa parte de la encuesta, sin embargo, probablemente impliquen una reacción de protesta frente a cómo se sienten tratados por el sistema de salud.

Siguiendo a Greene<sup>24</sup> (1999), se dice que no es buena idea bajo ningún criterio completar datos sobre las variables dependientes, en cuyo caso, como se dijo, estas observaciones serán “eliminadas” de la muestra. Como se hará un “ajuste por expectativas” a través del uso de viñetas, y esto implica el uso de regresiones, es necesario tener cuidado sobre el manejo de la información en el momento de depurar la base de datos. En palabras de Greene (*ibid*): *“la conclusión global parece ser que, en un modelo de regresión uniecuacional, completar los valores que faltan de Y [refiriéndose a la variable independiente] no es una buena idea.”*

Este autor argumenta que imputar datos a la variable dependiente a través de una regresión de orden cero —es decir, asignando a los valores *missing* el valor medio de los valores no *missing*— implica introducir un sesgo de correlación de la variable dependiente con los errores, es decir serían estimadores sesgados.

El segundo método criticado por Greene es que aún si no se imputa el valor promedio de la variable dependiente sino que se utiliza un modelo de regresión, este cumpliría con la condición de insesgadez y parecería ganar en eficiencia, pero esta ganancia, puede resultar ficticia al introducir un conjunto de datos con un menor error respecto a la regresión que finalmente se obtenga. Dicho en otras palabras, esta metodología llevaría a modelos más robustos pero menos honestos desde la perspectiva del investigador.

---

<sup>24</sup> **GREENE, WILLIAM H.**, Análisis Econométrico. 3ª. Ed. Prentice Hall Editores Pearson Educación. Madrid España. 1999. Cap. 9, p 337.

De otro lado, para el conjunto de valores “*missing*” correspondientes a observaciones faltantes en las variables potencialmente utilizadas como regresores —léase, como variables independientes o del lado derecho de las ecuaciones a estimar—, la estrategia será la de “imputar a través de la media condicionada”<sup>25</sup>. No obstante, tal como anota Whitehead John C. (2000, Pág. 34 y 35) ha de considerarse que la lógica de imputar valores a las observaciones *missing* de las variables independientes o explicativas es la de optimizar la información —incluyendo la información contenida en otras respuestas que sí se dieron bien en el cuestionario por parte del entrevistado. Por ello, la imputación se hace generando una nueva variable sobre la cual han de compararse sus efectos sobre las varianzas y valores de los parámetros estimados<sup>26</sup>, ello con el fin de mostrar si la nueva variable genera más daño que beneficio, en tal caso, si es más el daño se toma la variable con los datos iniciales y se “desprecia” la variable con datos imputados.

Finalmente, una vez depurada la base bruta de datos con relación a los datos *Missing* se reajustó considerando que el muestreo fue estratificado y de asignación proporcional. Dicho en otras palabras, las proporciones de la muestra correspondientes a cada estrato deben de tener correspondencia exacta con las proporciones de la población para los mismos. Martínez Bencardino (ob.cit).

El reajuste de la base de datos final, implica la sustracción aleatoria de algunas observaciones en los estratos que hayan quedado desproporcionados, es decir, en los estratos que por el efecto de la sustracción de observaciones de los demás estratos hayan ganado un mayor peso proporcional y, con ello, desajustado la correspondencia entre las proporciones muestrales frente a las poblacionales. Ello es importante para los efectos de que la muestra estratificada sea realmente una

---

<sup>25</sup> Es decir a través de modelos de regresión ajustados con los datos no *missing*.

<sup>26</sup> Es decir se corren los modelos con la variable sin imputar (con menos datos) y con la variable imputada (con datos adicionales) y luego se comparan.

representación de la población, y por tanto para los efectos de que los indicadores contruidos a partir de estas muestras no presenten problemas de sesgo.

**5.8.2 Metodología para estimación de índices de Calificación del Trato adecuado.** Desde un punto de vista metodológico se puede señalar que la metodología —Los pasos— necesarios para la evaluación del sistema son:

1. Aplicación del cuestionario, principal, el cual debe de traer más de una pregunta sobre la experiencia del paciente por dominio estudiado. Se califica en una escala Likert.
2. Aplicación del cuestionario de las viñetas que apoyan a cada una de las preguntas principales, debe haber más de una viñeta por cada dominio. Y éstas deben de incluir situaciones por dominio-pregunta que van de: una situación Hipotética positiva —en la experiencia del paciente hipotético— pasando por una situación neutra a una situación muy negativa del paciente sobre ese dominio particular.
3. Calculo de un índice agregado de Likert para cada dominio. A través de las ecuaciones 4.2 y 4.3, referidas en el capítulo 4 del marco teórico.

$$d_{i,j} = f(x_{i,j,1}, \dots, x_{i,j,k}) = \frac{1}{k} \sum_{m=1}^k x_{i,j,m} \quad (4.2)$$

$$r_i = g(d_{i,1}, \dots, d_{i,J}) = \frac{1}{J} \sum_{j=1}^J d_{i,j} \quad (4.3)$$

Si se utilizan 7 dominios del trato adecuado entonces se tiene 7 índices para cada uno de los sujetos.

4. Se recodifica cada índice agregado simplemente llevando la calificación a una

escala discreta, aproximando a cero cifras decimales los resultados de (4.3).

5. Se estiman los modelos Probit ordenados —ecuaciones 4.5, 4.6, 4.7 del marco teórico— uno para cada cohorte definida —i.e. tipos de consulta externa u otro criterio— tomando como variables dependientes los índices agregado a nivel individual (4.3) en cada dominio. Así si hay 7 dominios y 4 cohortes se debe de estimar 28 modelos probit ordenados y otros 7 para el total de la población —sin discriminar por cohortes.

6. Se comparan los puntos de corte estimado en el paso 5, para cada dominio a través de las cohortes. Es decir 7 comparaciones de los puntos de corte para 4 cohortes y el total.

7. A partir del paso 6 se estima para cada dominio la variable latente  $Y^*$  para cada paciente y se normaliza la muestra en una variable entre 0 a 100. Ello a través de la ecuación (4.8) del marco teórico

$$Indice_i = \frac{\max\{Y^*\} - Y_i}{\max\{Y^*\}} * 100 \quad (4.8)$$

De lo cual resultan 35 variables una por cada dominio-cohorte y 7 para cada dominio en el total de la población, se comparan la medias muestrales.

8. Se corrige por expectativas, corriendo 35 modelos probit ordenados, usando como variable dependientes el índice de Likert re escalado —sin decimales— estimado en el paso 3 e incluyendo como regresores las puntuaciones de las viñetas.

9. Se estiman las 35 variables latentes para los modelos con ajuste por

expectativas estimados en 9. Se reescalan normalizando entre 0 y 100. Usando de nuevo la ecuación (4.8). Se estiman la medias muestrales.

10. Se comparan estos resultados con los estimados en el paso 7.

### **Siglas**

**WHO:** World Health Organization

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**GPE:** Global Programme on Evidence for Health Policy (Programa Mundial de Evidencia para la Política de Salud).

## 6. RESULTADOS

Entre los meses de marzo y abril de 2008, se encuestaron en total 495 personas distribuidos en cuatro áreas de consulta externa del Hospital Universitario del Valle (Tabla 4).

**Tabla 4.- Encuestas realizadas por Área de Consulta externa. HUV. 2008**

Área	No. encuestas	%
Pediatría	112	22,6
Cirugía	124	25,1
Medicina Interna	156	31,5
Ginecología	103	20,8
Total	495	100.0

### 6.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

La mayor proporción de personas encuestadas fueron mujeres (83,2%), con mayor participación de los hombres en las áreas de cirugía y medicina interna y similar participación de mujeres en las cuatro áreas.

La edad de la población en el estudio fluctuó entre 13 y 84 años con una media de 40,6 años; un 75% de ellas tenían una edad menor o igual a 27 años.

Un 4% informó no tener estudios y un 58,6% haber cursado bachillerato hasta Universidad. Con respecto al estado civil, el 53,9% son casados o están en unión

libre y un 26.7% solteras. La mayoría (57%) son amas de casa, de origen caleño, caucano o nariñense. (Tabla 5)

**Tabla 5.- Características sociodemográficas de los pacientes de Consulta externa incluidos en el estudio. HUV. 2008**

<b>Características</b>	<b>Descriptivas</b>
<b>EDAD (años) n</b>	121
Media $\pm$ D. estándar	40,6 $\pm$ 16,0
Rango	13 – 84
Mediana	39
Rango intercuartil	27 – 51
<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD n (%)</b>	495 (100.0)
Ninguna	20 (4.1)
Primaria	185 (37.4)
Secundaria	262 (52.8)
Técnica	16 (3.3)
Universidad	12 (2,5)
<b>ESTADO CIVIL n (%)</b>	495(100.0)
Casada(o) o Unión Libre	267 (53,9)
Soltera (o)	132 (26,7)
Separada (o)	37 (7,5)
Madre soltera	35 (7,1)
Viuda (o)	24 (4,8 )
<b>OCUPACIÓN n (%)</b>	495(100.0)
Ama de casa	282 (57,0)
Trabajador informal	48 (9,7)
Desempleado	46 (9,3)
Empleado (domestico operativo, administración)	44 (8,9)
Estudiante	29 (5,9)
Oficios varios independientes	16 (3,2)
Agricultor, pequeño propietario	7 (1,4)
Pensionado, Jubilado	6 (1,2)
Profesional, docente, técnico	5 (1,0)
Otras actividades	12 (2,4)

DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA	n (%)	495 (100.0)
Valle del Cauca		483 (97,6)
Cauca		11 (2,2)
Nariño		1 (0,2)

Según municipio de procedencia, en su mayoría son de Cali (72,3%). Con Palmira, Buga, Yumbo, Florida y Vijes se llega a un 87,2%. El resto, corresponden a municipios del norte del Valle y el norte del Departamento del Cauca. (Tabla 6)

**Tabla 6.- Municipio de procedencia de los pacientes de Consulta externa incluidos en el estudio. HUV. 2008**

	Municipio procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Cali	358	72,3	72,3
	Palmira	27	5,5	77,8
	Buga	12	2,4	80,2
	Yumbo	12	2,4	82,8
	Florida	9	1,8	84,4
	Dagua	8	1,6	86,1
	Vijes	6	1,2	87,3
	La Cumbre	5	1,0	88,3
	Buenaventura	4	,8	89,1
	Ginebra	4	,8	89,9
	Jamundí	4	,8	90,7
	La Unión	4	,8	91,5
	Bugalagrande	3	,6	92,1
	Cartago	3	,6	92,7
	Cerrito	3	,6	93,3
	Andalucía	2	,4	93,7
	Candelaria	2	,4	94,1
	Guacarí	2	,4	94,5
	Morales	2	,4	94,9
	Pradera	2	,4	95,4
	Puerto Tejada	2	,4	95,8
	Santander de Quilichao	2	,4	96,2
	Yotoco	2	,4	96,6
	Bolívar	1	,2	96,8
	Caldono	1	,2	97,0
	Calima Darién	1	,2	97,2
	Caloto	1	,2	97,4
	El Dovio	1	,2	97,6



Pasto	1	,2	97,8
Piendamó	1	,2	98,0
Popayán	1	,2	98,2
Restrepo	1	,2	98,4
Riofrío	1	,2	98,6
Roldanillo	1	,2	98,8
Sevilla	1	,2	99,0
Trujillo	1	,2	99,2
Tuluá	1	,2	99,4
Versalles	1	,2	99,6
Villa Rica	1	,2	99,8
Zarzal	1	,2	100,0
Total	495	100	

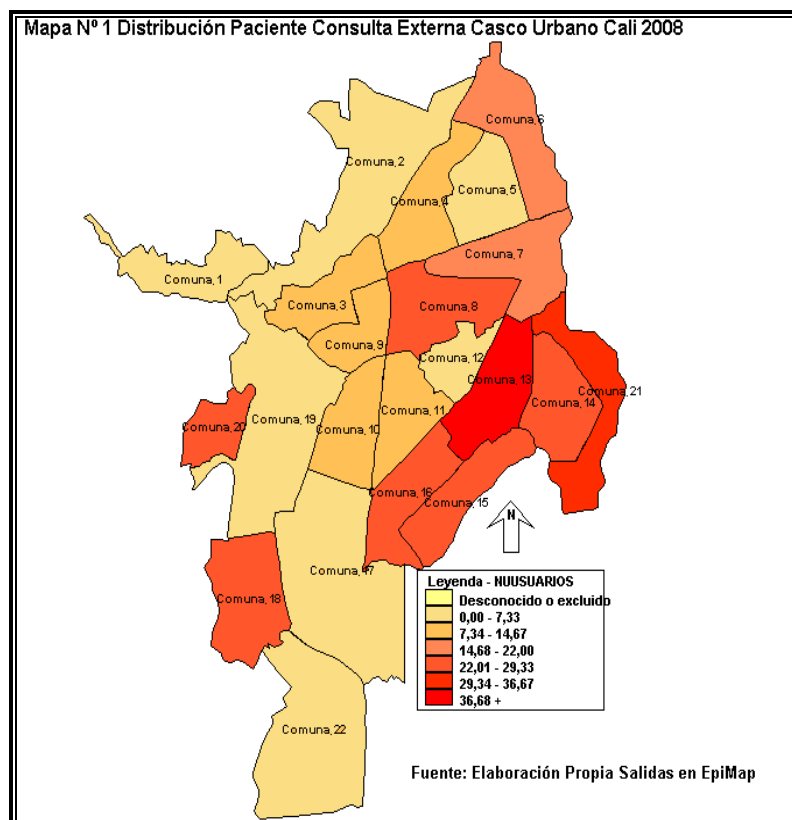
**Tabla 7. Comuna de residencia de los pacientes de Consulta externa incluidos en el estudio. HUV. 2008**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Comuna	13	44	12,3	12,3
	21	31	8,7	20,9
	14	29	8,1	29,1
	20	26	7,3	36,3
	8	24	6,7	43,0
	15	24	6,7	49,7
	16	23	6,4	56,1
	18	23	6,4	62,6
	6	17	4,7	67,3
	7	15	4,2	71,5
	9	13	3,6	75,1
	10	13	3,6	78,8
	11	12	3,4	82,1
	4	11	3,1	85,2
	3	8	2,2	87,4
	19	7	2,0	89,4
	1	5	1,4	90,8
	2	5	1,4	92,2
	5	5	1,4	93,6
	12	5	1,4	95,0
	64	4	1,1	96,1
	54	3	,8	96,9

52	2	,6	97,5
59	2	,6	98,0
60	2	,6	98,6
61	2	,6	99,2
55	1	,3	99,4
62	1	,3	99,7
65	1	,3	100,0
Total	358	100,0	

De los pacientes de Consulta Externa incluidos en el estudio, el 95% vive en el casco urbano de Cali (Comunas 1 a 22) y el 5% vive en los corregimientos de la ciudad (Comunas 52 a 65). La ubicación geográfica se muestra en la figura 5.

**Figura 5.- Ubicación geográfica de los pacientes incluidos en el estudio. HUV. 2008**



En la figura 5 se observa una mayor concentración de los usuarios del oriente de la ciudad (Distrito de Aguablanca), los barrios del Nor-oriente de la ciudad y las comunas de ladera como la comuna 20 (barrio Siloé, Lleras, etc.) y la Comuna 18 (barrio Meléndez y sus alrededores). Una concentración intermedia en los barrios de la margen derecha del Río Cali (comuna 4 barrios Popular, la Isla, etc.), del centro (comuna 9 y 3, barrios como el Calvario, Sucre, San Bosco, etc.) y los barrios populares de las comunas 10 y 11 (Junín, Aranjuez, Colón, Cien Palos, Villacolombia, etc.)

## **6.2 CARACTERIZACIÓN DEL USO DEL SISTEMA DE SALUD**

El 88.1% de los pacientes del estudio reportaron estar afiliados al SISBEN.

Con respecto a la pregunta de haber usado antes los servicios del Hospital Universitario del Valle en cualquiera de sus áreas, el 83,8% respondieron afirmativamente.

El uso de servicios de salud en los últimos doce meses fluctuó entre 75,7% (Ginecología) y 86,3% (Cirugía).

Se indagó también acerca de cuándo había tenido su última visita a un profesional de la salud o a una institución de salud; el 52,8% respondió que en los últimos 30 días y el 31,5% en los últimos tres meses (Tabla 8). Estos porcentajes fueron similares por área.

**Tabla 8.- Características de uso del Sistema de Salud de los pacientes de Consulta externa incluidos en el estudio. HUV. 2008**

Características	Descriptivas
<b>AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD n (%)</b>	436 (88,1)
SISBEN	48 (9,7)
EPS	7 (1,4)
Ninguno	4 (0,8)
Otro	
<b>USO DE SERVICIOS DE SALUD ÚLTIMOS DOCE MESES</b>	
<b>Total (%)</b>	83,8
Pediatría	85,7
Cirugía	86,3
Medicina Interna	85,9
Ginecología	75,7
<b>ÚLTIMA VISITA A UN PROFESIONAL DE LA SALUD</b>	
<b>n (%)</b>	485 (100.0)
En los últimos 30 días	256 (52,9)
En los últimos tres meses	153 (31,5)
Entre 4 – 12 meses	56 (11,5)
No lo recuerda	20 (4,1)

Del total de los entrevistados, el 40,6% recurrió a consulta externa del HUV porque “Necesitaban un chequeo por un problema crónico o de largo tratamiento”. Este motivo de consulta fue el de mayor prevalencia para las áreas de Pediatría y Medicina Interna. En Cirugía, la mayor prevalencia correspondió a “necesidad de

atención por lesión o enfermedad que acaba de aparecer” y en Ginecología fue “necesidad de seguimiento después de una cirugía o un tratamiento” (Tabla 9)

**Tabla 9 Motivo de Consulta (%) según Área de Consulta Externa**

Motivo consulta	Área de consulta				Total
	Pediatría	Cirugía	Medicina Interna	Ginecología	
Necesidad de chequeo por problema crónico de largo tratamiento	52,7	33,9	49,4	22,3	40,6
Necesidad de atención por lesión o enfermedad que acaba de aparecer	17,0	34,7	14,1	20,4	21,2
Necesidad de seguimiento después de cirugía o tratamiento.	16,1	17,7	21,2	23,3	19,6
Necesidad de atención por problema crónico que se volvió agudo	2,7	8,9	6,4	1,0	5,1
No estaba enfermo vino a chequeo general o por prevención	8,9	,8	6,4	6,8	5,7
Otros	2,7	4,0	2,6	26,2	7,9
Total	112	124	156	103	495
	100	100	100	100	100

El tiempo de espera (minutos) desde que el paciente llegó al HUV hasta que fue atendido por el médico fue muy variable. Para el total de los pacientes de consulta externa el rango de tiempo varió entre 2 y 480 minutos. Las áreas que presentaron menores tiempos de espera fueron Cirugía (1 hora y 41 minutos) y Pediatría (1 hora y 44 minutos).

**Tabla 10. Tiempo de espera (minutos) desde que llegó al Hospital**

Área de consulta	Media	N	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo
Pediatría	103,8	112	60,2	10	240
Cirugía	101,9	124	58,0	15	300
Medicina Interna	156,0	156	375,3	2	480

Ginecología	130,5	102	86,3	10	480
Total	125,3	494	219,1	2	480

### 6.3 RESULTADOS POR DOMINIOS DE TRATO ADECUADO (RESPONSIVENESS) SIN CORRECCIÓN POR VIÑETAS Y PRUEBA DE COHERENCIA DEL INSTRUMENTO

De acuerdo con la metodología se procedió a calcular el índice de Likert para cada uno de los sujetos en cada uno de los dominios. Ecuación 4.2 del capítulo marco teórico.

$$d_{i,j} = f(x_{i,j,1}, \dots, x_{i,j,k}) = \frac{1}{k} \sum_{m=1}^k x_{i,j} \quad (4.2)$$

Así mismo se calcularon las correlaciones de Pearson entre las variables de validación-coherencia, que califican de forma general cada uno de los dominios y las variables obtenidas mediante el índice *dij* para cada dominio. Debe recordarse que el coeficiente de correlación de Pearson se mueve entre -1 y 1, se espera coherencia si se encuentran correlaciones positivas y mayores de 0.5. Se probó además la hipótesis nula de que el cociente de correlación es cero —ausencia de correlación—. Valores sig.bilateral menores que 0.05 indican que se rechaza dicha hipótesis nula —a favor de la existencia de correlación— a un nivel de confianza superior al 95%.

**6.3.1 Dominio Atención Pronta:** para la Atención Pronta, se calificó la prontitud o rapidez al asignar la cita y el tiempo de espera antes de pasar al médico (preguntas C.1.3 y C.1.4 de instrumento. Anexo B). Se utilizó como pregunta de validación la pregunta global: ¿Cómo calificaría su experiencia general en esta área de consulta externa del HUV respecto a Ser tratado con Prontitud y Rapidez? (Pregunta C.1.5 del instrumento. Anexo B).

La Atención pronta se califica con un promedio bastante regular —la calificación es de 1 a 5—. Obteniéndose una ligera mayor puntuación en la “Asignación de la cita” 3.41 que en el “tiempo en la sala es de espera” que marca sólo un 3.07 de calificación promedio. Esta pobre calificación no sorprende, si se consideran los tiempos medios de espera que están entre 1 hora 40 minutos y 3 horas y media dependiendo del área de consulta externa, tal como se mostró en la Tabla 11.

**Tabla 11. Calificación (1 a 5) Dominio Atención Pronta**

	Media	Desv.típ.
Tiempo de asignación cita	3,4	1,2
Tiempo de espera en sala	3,1	1,2
Tiempo en general	3,2	1,0
Dij_ Atención_ Pronta	3,2	1,0

La pregunta de validación obtuvo una calificación dentro de lo esperado de 3.2 puntos sobre 5, que es cercano al puntaje promedio del Dominio Atención Pronta construido a partir de la Ecuación (4.2). dij\_Atención \_Pronta que tuvo un puntaje de 3.24.

El coeficiente de correlación de Pearson entre la variable la calificación general para el tiempo variable “Tiempo en General” y el índice construido con base en los reactivos “dij\_Atención \_Pronta” fue de **0.904** Sig. bilateral **0.000**; señalando que hay una estrecha relación entre ambas variables y ésta es positiva. Es decir, que en general los pacientes que asignaron una alta puntuación a la variable de validación obtuvieron un alto puntaje en el índice construido a partir de la Ecuación (4.2). Por tanto, se puede señalar que el instrumento aplicado para evaluar el dominio Atención Pronta es Coherente.

**6.3.2 Dominio Dignidad:** el dominio Dignidad se calificó considerando por separado el trato de cada uno de los tipos de trabajadores del Hospital y el respeto por el pudor de los pacientes al realizar los exámenes o en la consulta. Dentro del ítem correspondiente al personal directamente hospitalario se evaluó a: Médicos y Enfermeras, Otro Personal correspondiente a estudiantes de salud que rotan en el hospital así como a personal técnico de Rayos X, de laboratorios, de terapia y personal paramédico, todos ellos en la medida en que probablemente pudieron tener contacto con el paciente encuestado. Preguntas C.2.1 a C.2.3 del instrumento. Anexo B.

Dentro del personal hospitalario, tenemos que el mayor puntaje medio lo obtuvieron los Médicos con 4.45 sobre 5 —siendo además el puntaje más alto dentro del domino Dignidad—, le siguen en su orden las enfermeras y “otro personal médico” con 4.21 y 4.36 respectivamente. (Tabla 12)

**Tabla 12. Calificación (1 a 5) Dominio dignidad**

	Media	Desv.típ.
Respeto y Trato de Médicos a usted	4,45	0,634
Respeto y trato de enfermedad a usted	4,21	0,770
Otro personal	4,36	0,993
Respeto y trato de Recepcionista	4,05	0,884
Respeto y trato de Cajero	3,94	0,945
Respeto y trato de personal Activo.	4,15	1,150
Privacidad (Pudor)	4,33	0,652
Trato digno y respeto en general	4,25	0,684
Dij_ Dignidad	4,2	0,55

De otro lado el Dominio Dignidad fue evaluado en el personal administrativo: Recepcionistas, cajeros y otro personal administrativo como trabajadoras sociales, vigilantes, auxiliares de archivo. Este tipo de personal obtuvo unos puntajes ligeramente más bajos que el personal directamente de salud, con puntajes que van de 3.9 a 4.15. (Tabla 12).



Un elemento adicional al respecto dentro del dominio dignidad es el cuidado del “pudor” y la privacidad de los pacientes. Pregunta C.2.7 del instrumento. Ver Anexo B. El puntaje medio para este ítem fue de 4.33. (Tabla 12).

Finalmente la pregunta global ¿Cómo calificaría su experiencia general en esta área de consulta externa del HUV en cuanto a Ser tratado con Dignidad y Respeto? (pregunta C.2.8 del instrumento. Ver Anexo) que sirve como variable de validación obtuvo un puntaje de 4.25 muy cercano al puntaje medio del Dominio Dignidad 4.21. (Tabla 12).

El coeficiente de correlación de Pearson entre la variable de validación “Trato Digno y Respeto en General” y la variable “dij\_Dignidad” construida a partir de los reactivos, fue de **0.718** sig.bilateral **0.000**; señalando una correlación positiva entre la variable de validación y la variable agregada obtenida a través de la ecuación (4.2). Lo que indica que hay coherencia en el instrumento utilizado para evaluar el dominio Dignidad.

**6.3.3 Dominio Comunicación:** el componente Comunicación del trato adecuado se evaluó en tres aspectos, cada uno de ellos con respecto a la relación del paciente o usuario con el médico y con las enfermeras. De un lado, la forma como el paciente percibió el trato cuando quiso decir —o dijo— algo. Preguntas C.3.1 y C.3.2. En este ítem —como en los demás— la calificación promedio de los médicos fue ligeramente superior al de las enfermeras, 4.36 frente a 4.20 puntos respectivamente. (Tabla 13).

**Tabla 13. Calificación (1 a 5) Dominio Comunicación**

	Media	Desv.típ.
La forma como las MÉDICOS escucharon y como lo trataron cuando usted dijo o quiso decir algo.	4,36	0,677

La forma como las ENFERMERAS escucharon y como lo trataron cuando usted dijo o quiso decir algo.	4,20	0,715
La forma como los MÉDICOS le explicaron cuestiones sobre su enfermedad exámenes y tratamiento.	4,35	0,724
La forma como las ENFERMERAS le explicaron cuestiones sobre su enfermedad exámenes y tratamiento.	4,20	0,757
La disposición o intención de las MÉDICOS para preguntarle a usted sobre su enfermedad	4,32	0,729
La disposición o intención de las ENFERMERAS para preguntarle a usted sobre su enfermedad	4,17	0,782
Comunicación en general	4,24	0,723
Dij_ Comunicación	4,27	0,606

El segundo ítem evaluado en el componente Comunicación del trato adecuado fue la forma cómo los médicos y las enfermeras explicaron asuntos referentes a la enfermedad, el tratamiento o los exámenes que debía realizarse el paciente. Preguntas C.3.3 y C.3.4 del instrumento aplicado. Anexo B. La puntuación media fue, de nuevo, ligeramente mayor para los médicos 4.35 puntos frente a 4.20 de las enfermeras. (Tabla 13).

El tercer ítem evaluado fue la disposición de médicos y enfermeras para preguntar sobre la enfermedad del paciente. Es decir, la percepción del paciente sobre la disposición del personal médico a informarse lo suficiente sobre sus padecimientos. Preguntas C.3.5 y C.3.6 del instrumento. Anexo B. Los puntajes resultaron muy similares a los anteriores ítems del dominio Comunicación 4.32 puntos para los médicos y 4.17 puntos para las enfermeras. (Tabla 13).

Finalmente, la pregunta general ¿Cómo calificaría su experiencia general en el trato, y la disposición para atenderlo y escucharlo, en esta área del H.U.V respecto a: La forma como le llegaron y se comunicaron con Ud. los trabajadores y empleados del HUV? (pregunta C.3.7 del instrumento) introducida como variable de validación obtuvo un puntaje de 4.24 muy cercano al puntaje medio del dominio Comunicación obtenido mediante la Ecuación (4.3). dij\_Comunicación 4.26. (Tabla 13).

La coherencia, como en los otros casos se probó mediante el coeficiente de correlación de Pearson para las variables “Comunicación en General” y la variable “dij\_Comunicación”, el coeficiente es de **0.838**. sig.bilateral **0.000**. Señalando que los entrevistados que calificaron de forma general el dominio Comunicación con altos puntajes obtuvieron altos puntajes a través del índice construido a partir de los reactivos mediante la ecuación (4.3), confirmando la coherencia del instrumento utilizado.

**6.3.4 Dominio Autonomía:** dentro del componente de autonomía del trato adecuado se consideraron dos ítems, el primero intenta captar la percepción que usuario o paciente tiene en cuanto a su soberanía en el momento de decidir sobre el tipo de tratamientos, exámenes, terapias y drogas —dados los disponibles en el estado actual de la medicina en la región— Pregunta C.4.1 del instrumento Anexo B. El segundo ítem intenta captar la autonomía la disposición del personal médico a respetar la autonomía del paciente o usuario en el momento de realizar los procedimientos. Pregunta C.4.2 del instrumento.

Como muestra la Tabla 14, el ítem que se refiera a la capacidad del paciente de incidir sobre tratamientos, drogas, exámenes y terapias se calificó con 2.6 sobre cinco. La baja puntuación puede deberse a la limitada cantidad de alternativas que hay en el Hospital frente a tratamientos y procedimientos alternativos —dentro de la medicina alopática— y la escasa cantidad de opciones que frente a drogas —por marcas y tipos de laboratorio— imponen al Hospital los limitados presupuestos que se correlacionan con la proliferación de drogas genéricas.

Otro aspecto a considerar es la actitud paternalista y autoritaria del médico, que todavía desconoce los derechos del paciente a escoger su médico (por ejemplo) y a decidir sobre su tratamiento propuesto: la mayoría de los médicos actualmente (a pesar de las leyes que dispone lo contrario) no ofrecen las diferentes alternativas en el diagnóstico y el tratamiento para que el paciente escoja la que

mejor le parezca, sino que consideran que lo que ofrecen es la mejor alternativa y que en consecuencia el paciente la tiene que aceptar. También hay que aceptar que el tiempo de consulta cada vez más corto impide que estas propuestas se puedan ofrecer como alternativas para que el paciente, oiga, analice y escoja.

**Tabla 14. Calificación (1 a 5) Dominio Autonomía**

	Media	Desv.típ.
Respecto a participar en las decisiones acerca de los tratamientos (drogas y terapias) o los exámenes, cree usted que tuvo esta oportunidad por parte de los doctores, enfermeras u otros trabajadores.	2,6	1,70
Considerando si los médicos y las enfermeras antes de hacerle un examen, de empezar o recetar un tratamiento le solicitaron a usted permiso para revisarlo, inyectarlo o si le preguntaron si estaba o no de acuerdo con el tipo de tratamiento o examen.	3,26	1,77
Autonomía en General	2,6	1,67
Dij_ Autonomía	2,9	1,50

En tanto a la disposición de los médicos y enfermeras de para solicitar permiso o consentimiento al paciente, se calificó con 3.24 puntos. Esta relativamente baja calificación podría deberse a argumentos como los esgrimidos en el caso anterior, donde el profesional de la salud no ofrece alternativas porque sencillamente no las hay. De otra parte, este puntaje puede deberse a cierto grado de “mecanización” por parte del personal sanitario en la ejecución de protocolos y procedimientos, tal “mecanización” hace que el paciente sea visto como un “caso más” dentro de una serie de casos a tratar o procedimientos a aplicar, no así desde la perspectiva del paciente o usuario cuyo caso es, para él mismo, singular y de gran relevancia.

La variable de validación que responde a la pregunta sobre Autonomía vista de forma general (pregunta C.4.3 del Instrumento. Anexo B) obtuvo un puntaje medio

de 2.6, algo más bajo que el puntaje medio del Dominio Autonomía calculado mediante Ecuación (4.2). dij\_Autonomía 2.9. (Tabla 14).

La coherencia, probada mediante el coeficiente de correlación de Pearson para las variables “Autonomía en General” y la variable “dij\_Autonomía”, es de **0.662**. sig.bilateral **0.000**. Señalando que los entrevistados que calificaron de forma general el dominio Autonomía con altos puntajes obtuvieron altos puntajes a través del índice construido a partir de los reactivos mediante la ecuación (4.2) — y viceversa—, confirmando la coherencia del instrumento utilizado para evaluar el dominio Autonomía.

**6.3.5 Dominio Confidencialidad:** para el dominio Confidencialidad en el manejo de la información del paciente, se manejaron dos reactivos, el primero es sí las conversaciones con el personal médico respecto a la enfermedad fueron privadas. Y respecto al manejo que el paciente percibe se le da a la información suya consignada en documentos tales como historias clínicas y exámenes. Preguntas C.5.1. y C.5.2 del Instrumento. Anexo. B

**Tabla 15. Calificación (1 a 5) Dominio Confidencialidad**

	Media	Desv.típ.
Las conversaciones con el personal del hospital fueron privadas.	4,3	1,2
El personal del hospital guardó la información de su caso.	4,4	0,9
Confidencialidad en General	4,2	0,9
Dij_ Autonomía	4,9	1,0

Como se muestra en la Tabla 15, la confidencialidad en las conversaciones —o comunicaciones orales— tuvo una calificación media de 4.3; en tanto que la percepción sobre el uso de la documentación tuvo un puntaje de 4.4

La pregunta sobre la confidencialidad en general tuvo un puntaje de 4.2, similar al puntaje medio obtenido a partir de la Ecuación (4.3) para cada paciente en este dominio, que fue de 4.3 puntos. (Tabla 15)

El coeficiente de correlación de Pearson entre la variable de validación “Confidencialidad en General” y el índice construido a partir de la Ecuación (4.3) fue de **0.791** significación estadística bilateral igual a **0.000**, señalando una correlación positiva entre ambas variables, validando el instrumento utilizado para el dominio Confidencialidad.

**6.3.6 Dominio Calidad en las Instalaciones:** el dominio Calidad en la Instalaciones se calificó mediante ocho reactivos distribuidos en: 5 para la sala de espera, 2 para los baños y uno para el consultorio del médico. Preguntas C.6.1 a C.6.8 del instrumento. Anexo B.

**Tabla 16. Calificación (1 a 5) Dominio Calidad en las Instalaciones**

	Media	Desv.típ.
Calidad tamaño de la sala de espera	3,5	0,93
Calidad de asientos sala de espera	3,2	0,97
Calidad ventilación sala de espera	3,6	0,96
Calidad iluminación sala de espera	3,9	0,68
Calidad limpieza pisos y paredes sala de espera	3,5	0,87
Calidad limpieza baños	3,3	1,11
Calidad funcionamiento baños	3,5	1,02
Calidad consultorio limpieza y dotación	4,1	0,73
Calidad instalaciones en general	3,6	0,73
Calidad_instalaciones	3,6	0,64

Como se muestra en la Tabla 16 las calificaciones para la sala de espera obtuvieron puntajes por debajo de 4. Siendo la Calidad de los asientos de la sala

la que obtuvo el menor puntaje 3.2 y la Calidad de la iluminación de la sala de espera la que obtuvo el mayor puntaje 3.9.

De otro lado, la calificación de los baños fue relativamente baja obteniendo un 3.3 en la limpieza y un 3.5 en el funcionamiento. (Tabla 16). La calidad del consultorio del Médico fue calificada con 4.1, siendo el reactivo con mayor puntaje promedio dentro del dominio Calidad de las instalaciones.

La calificación para la pregunta de validación C.6.9 para la calidad de las instalaciones fue de 3.6 puntos, casi exacta a la calificación promedio obtenida mediante el índice construido a partir de la ecuación (4.3), variable “dij\_Calidad\_Instalaciones” que obtuvo un puntaje promedio de 3.6 (Tabla 16).

El cociente de correlación de Pearson entre estas dos últimas variables “dij\_Calidad\_Instalaciones” y “Calidad Instalaciones en General” fue de **0.855** sig.bilateral **0.000**. Evidenciando coherencia en el instrumento utilizado para evaluar el dominio Calidad de las Instalaciones.

Hay que recordar que el Hospital Evaristo García tiene casi 50 años de construido; por esta razón se mantiene en permanente remodelación ya que su infraestructura es obsoleta y hecha sin estándares de acreditación que se exigen actualmente.

Tampoco se puede desconocer que sus “clientes” por sus niveles educativos y socioeconómicos, no tratan con consideración las diferentes instalaciones del hospital.

### **6.3.7 Índice Global Trato Adecuado sin Corrección por Viñetas**

Se calculó el índice global o total para el trato adecuado en los seis ( $J = 6$ )

dominios evaluados de acuerdo con la Ecuación (4.3) del marco teórico.

$$r_i = g(d_{i,1}, \dots, d_{i,J}) = \frac{1}{J} \sum_{j=1}^J d_{i,j} \quad (4.3)$$

De acuerdo con la tabla 17 la calificación del trato adecuado promedio para el total de componentes fue de **3,8**, puntuación relativamente baja si consideramos que se califica sobre 5. Observando los puntajes medios por dominio, los mejores puntajes correspondieron a los dominios Confidencialidad 4,3, Comunicación 4,3 y Dignidad 4,2. Los dominios asociados a la Calidad de las instalaciones y Atención pronta obtuvieron puntajes medios (3,6 y 3,2 respectivamente). Finalmente, el componente de Autonomía obtuvo un puntaje de 2,9.

**Tabla 17. Índices por dominio del Trato Adecuado (dij) y Total (rij)**

	N	Rango	Media	Desv.típ.
Dij_Confidencialidad	493	4,0	4,3	1,00
Dij_Comunicación	494	3,3	4,3	0,61
Dij_Dignidad	495	2,8	4,2	0,56
Dij_Calidad_instalaciones	494	4,0	3,6	0,64
Dij_Atención_Pronta	495	4,0	3,2	1,00
Dij_Autonomía	493	4,0	2,9	1,50
<b>rij_total</b>	495	<b>3,2</b>	<b>3,8</b>	<b>0,51</b>

La Tabla 18 muestra los índices de satisfacción para el dominio atención pronta. El Servicio que obtuvo el mayor índice fue Ginecología (58,4), seguido de Pediatría (50,2). Los otros dos servicios obtuvieron puntajes muy bajos.



**Tabla 18. Índice de Satisfacción para el Dominio atención pronta según Modelo por Área de Consulta y Total Hospital Universitario del Valle 2008**

Modelos	Pediatría	Cirugía	Medicina Interna	Ginecología	Total
<b>Variables Socioeconómicas</b>	51,2	34,4	39,7	32,1	39,3
<b>Sólo con Viñetas</b>	14,4	35,2	37,9	43,4	32,7
<b>Viñetas y Variables Socioeconómicas</b>	50,2	38,1	41,3	58,4	47,0

En la tabla 19 se muestra que el dominio dignidad obtuvo un puntaje 66,4. Los servicios con puntaje mayor que el promedio fueron Ginecología (75,3) y Medicina Interna (66,7). Pediatría fue el de menor puntaje (57,1).

**Tabla 19. Índice de Satisfacción para el Dominio Dignidad Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008**

Modelos	Pediatría	Cirugía	Medicina Interna	Ginecología	Total
<b>Variables Socioeconómicas</b>	42,4	38,8	53,5	38,8	43,4
<b>Sólo con Viñetas</b>	71,9	72,7	72,2	85,6	75,6
<b>Viñetas y Variables Socioeconómicas</b>	57,1	66,5	66,7	75,3	66,4

La tabla 20 muestra los índices de satisfacción para el dominio Comunicación con un puntaje de 63,1. Los Servicios que obtuvieron los mayores índices fueron Pediatría (66,7) y Ginecología (65,6) seguidos de Cirugía (62,8).

**Tabla 20. Índice de Satisfacción para el Dominio Comunicación Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008**

Modelos	Pediatría	Cirugía	Medicina Interna	Ginecología	Total
<b>Variables Socioeconómicas</b>	27,7	41,2	38,8	40,0	36,9
<b>Sólo con Viñetas</b>	71,5	68,1	61,4	81,8	70,7
<b>Viñetas y Variables Socioeconómicas</b>	66,7	62,8	57,1	65,6	63,1

El dominio Autonomía obtuvo un puntaje 43,4. El servicio con puntaje mayor fue Cirugía (56,8). El servicio con menor puntaje fue Medicina Interna (31,8).

**Tabla 21. Índice de Satisfacción para el Dominio Autonomía Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008**

Modelos	Pediatría	Cirugía	Medicina Interna	Ginecología	Total
<b>Variables Socioeconómicas</b>	50,9	38,8	56,8	40,7	46,8
<b>Sólo con Viñetas</b>	30,8	37,6	20,8	40,0	32,3
<b>Viñetas y Variables Socioeconómicas</b>	40,4	56,8	31,8	44,5	43,4

La tabla 22 muestra los índices de satisfacción para el dominio Confidencialidad con un puntaje de 53,6. Los Servicios que obtuvieron los mayores índices fueron Cirugía (61,8) y Pediatría (59,2) seguidos de Medicina Interna (54,5).

**Tabla 22. Índice de Satisfacción Para el Dominio Confidencialidad Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008**

Modelos	Pediatría	Cirugía	Medicina Interna	Ginecología	Total
<b>Variables Socioeconómicas</b>	59,3	83,2	41,2	44,9	57,1
<b>Sólo con Viñetas</b>	69,1	50,8	69,1	19,4	52,1
<b>Viñetas y Variables Socioeconómicas</b>	59,2	61,8	54,5	38,9	53,6

El dominio Calidad en las instalaciones obtuvo un puntaje 45,7. El servicio con puntaje mayor fue Pediatría (53), seguido de Cirugía (46, 3). El servicio con menor puntaje fue Medicina Interna (41,4).

**Tabla 23. Índice de Satisfacción Para el Dominio Calidad en las Instalaciones Según Modelo por Área de Consulta y Total. Hospital Universitario del Valle 2008**

Modelos	Pediatría	Cirugía	Medicina Interna	Ginecología	Total
<b>Variables Socioeconómicas</b>	53,2	41,2	44,5	35,9	43,7
<b>Sólo con Viñetas</b>	69,6	38,7	38,9	36,0	45,8
<b>Viñetas y Variables Socioeconómicas</b>	53,0	46,3	41,4	42,0	45,7

Con base en las propiedades de la distribución binomial se establecieron niveles de satisfacción considerando un valor esperado de igual a 80,0 y tamaño de muestra de 495:

< 72,0 Índice de satisfacción bajo

72 – 88 Índice de satisfacción medio

> 88,0 Índice de satisfacción alto

Estos niveles permitieron clasificar por área y dominio los índices de satisfacción que se muestran en la tabla 24.

**Tabla 24. Índice de Satisfacción por Dominios y total según por Área de Consulta. Hospital Universitario del Valle 2008**

DIMENSIONES	Pediatría	Cirugía	Medicina Interna	Ginecología	Total
<b>Atención pronta</b>	50,2	38,1	41,3	58,4	47,0

<b>Dignidad</b>	57,1	66,5	66,7	75,3	66,4
<b>Comunicación</b>	66,7	62,8	57,1	65,6	63,1
<b>Autonomía</b>	40,4	56,8	31,8	44,5	43,4
<b>Confidencialidad</b>	59,2	61,8	54,5	38,9	53,6
<b>Calidad en las Instalaciones</b>	53,0	46,3	41,4	42,0	45,7
<b>TOTAL</b>	<b>54,4</b>	<b>55,4</b>	<b>48,8</b>	<b>54,1</b>	<b>53,2</b>

De acuerdo con el criterio establecido se aprecia que todos los servicios se clasificaron con índices de satisfacción bajos. Las diferencias observadas con respecto al valor medio esperado fueron estadísticamente significantes (quedaron por fuera del intervalo de confianza del 95%).

El único dominio que presentó un índice de satisfacción medio fue Dignidad en el Servicio de Ginecología (75,3). El dominio con índice de satisfacción más bajo fue Autonomía en el Servicio de Medicina Interna (31,8).

En forma general, los Dominios mejor evaluados fueron Dignidad y Comunicación (66,4 y 63,1 respectivamente); los peores evaluados fueron Autonomía (43,4), Calidad en las instalaciones (45,7) y Atención pronta (47,0).

## 7. DISCUSIÓN

De acuerdo a la constitución política de 1991 el paciente que consulta a las Instituciones de salud es el elemento más importante en el sistema de salud y debe ser atendido con buen trato (clínico y administrativo).

Con base en una encuesta aplicada a 495 usuarios de los servicios de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Ginecología en consulta externa del Hospital Universitario del Valle se describen los resultados de la percepción que los pacientes del área de consulta externa del H.U.V tienen sobre la capacidad de respuesta de la institución para satisfacer sus expectativas no médicas en los siguientes dominios: respeto a la dignidad, a la autonomía individual, a la confidencialidad ("**Respeto por la Persona**"), atención pronta a las necesidades de salud, comodidades básicas y comunicación ("**Orientación al Cliente**").

La metodología utilizada en este estudio fue la propuesta por la OMS, para medir trato adecuado, dentro del estudio *"Multi-Country survey on health system responsiveness 1999-2000"*, en varias ciudades de Colombia pero no se incluyeron los Hospitales de la ciudad de Cali. Por consiguiente, fue pertinente medir el trato adecuado en los pacientes de consulta externa del Hospital Universitario del Valle.

Dado que el 83,8% de la población estudiada reportó haber usado antes los servicios del Hospital Universitario del Valle en cualquiera de sus áreas, el empleo de una metodología ya probada, el control de sesgos del observador y del sujeto observado garantizan la validez interna de este estudio. Su aplicabilidad puede ser cuestionada debido a que la información corresponde al año 2008. No obstante es posible pensar el comportamiento de la institución con respecto al Trato adecuado que se debe dar a los pacientes no ha variado en estos dos últimos años.

Las características sociodemográficas de la población de estudio indican que es una población representativa de los consultantes al HUV: en su gran mayoría de la ciudad de Cali, afiliados al SISBEN, de barrios populares y con nivel de escolaridad hasta secundaria.

Los motivos de consulta fueron los esperados en este tipo de Instituciones de Salud: seguimiento de enfermedades crónicas, post cirugía y necesidad de atención por lesión o enfermedad que acaba de aparecer.

La respuesta del sistema de salud a las expectativas no médicas de los usuarios, se puede dividir en dos componentes: "**respeto a la persona**" y "**orientación al cliente**". En ése sentido, se pueden entender los componentes del trato adecuado (*Responsiveness*), como juicios subjetivos de los usuarios con respecto a las expectativas que éstos se han formado sobre el sistema de salud.

El primer subgrupo de dominios del Trato Adecuado llamado "**respeto por la Persona**", comprende respeto a la dignidad, a la autonomía individual, y a la confidencialidad.

De acuerdo a la clasificación establecida para niveles de satisfacción del usuario y al nivel de satisfacción esperado (80,0), el índice global de respeto a la persona fue de 54,5% considerado como índice de satisfacción bajo (<72,0). Este hallazgo fue similar en tres de los cuatro servicios evaluados con excepción del Servicio de cirugía donde se observó un índice de 61,7. De las dimensiones de respeto a la persona, la mejor evaluada fue Dignidad (66,4), luego confidencialidad (43,4) y por último autonomía (53,6).

Por ejemplo: no obstante de que los parámetros en consulta externa para atención del paciente son el respeto, atención pronta y de forma no discriminatoria la percepción obtenida de los pacientes fue calificada como deficiente; aspectos

como la privacidad durante la consulta o durante los exámenes médicos pueden estar incidiendo en estos resultados por ser un Hospital Universitario donde estudiantes tienen acceso al acto médico.

El segundo conjunto de componentes evaluados son llamados de **“Orientación al Cliente”**. Se consideraron las siguientes dimensiones: atención pronta, calidad de las instalaciones y comunicación. Esta última se refiere al hecho de que el paciente debe conocer su situación médica (información) de forma oportuna y comprensible, de tal forma que pueda tomar decisiones sobre su tratamiento.

De este segundo conjunto de componentes se excluyeron dos dominios: el dominio “Elección de instituciones e individuos que proveen salud” porque los usuarios del HUV tienen limitantes en las posibilidades de elección de los sujetos dada la restricción institucional, al no evaluar sino una sola institución como el HUV. Se excluyó también el dominio “Acceso a la red de soporte (familia y amigos) para el individuo que recibe cuidados” porque es un dominio referido a los pacientes de hospitalización.

De acuerdo a la clasificación establecida para el nivel de satisfacción esperado (80,0), el índice global de orientación al cliente fue de 51,9% considerado como índice de satisfacción bajo (<72).

En forma general, los Dominios mejor evaluados fueron Dignidad y Comunicación (66,4 y 63,1 respectivamente); los peores evaluados fueron Autonomía (43,4), Calidad en las instalaciones (45,7) y Atención pronta (47,0).

Analizando específicamente el dominio dignidad, este fue evaluado tanto en el personal administrativo (repcionistas, cajeros, trabajadoras sociales, vigilantes, auxiliares de archivo) como en los equipos de salud. En general la calificación obtenida se clasificó como buena (84%). Otro dominio bien evaluado fue

comunicación (86%). Estos hallazgos sugieren que los pilares de Trato adecuado en el HUV con referencia al **“respeto a la persona”** y **“orientación al cliente”** fueron dignidad comunicación.

La capacidad del paciente de incidir sobre tratamientos, drogas, exámenes y terapias se calificó con 2.59 sobre cinco. La baja puntuación puede deberse a la limitada cantidad de alternativas que hay en el Hospital frente a tratamientos y procedimientos alternativos —dentro de la medicina alopática— y las escasas opciones que frente a medicamentos —por marcas y tipos de laboratorio— imponen al Hospital los limitados presupuestos que se correlacionan con la proliferación de drogas genéricas. El profesional de la salud no ofrece alternativas porque sencillamente no las hay. De otra parte, este puntaje puede deberse a cierto grado de “mecanización” por parte del personal sanitario en la ejecución de protocolos y procedimientos, tal “mecanización” hace que el paciente sea visto como un “caso más” dentro de una serie de casos a tratar o procedimientos a aplicar, no así desde la perspectiva del paciente o usuario cuyo caso es, para él mismo, singular y de gran relevancia.

El estudio mostró que todos los Servicios se calificaron con índices de satisfacción bajos. El único dominio que presentó un índice de satisfacción medio fue dignidad en el Servicio de Ginecología (75,3).

Los hallazgos de este estudio indican que es necesario reorientar La gestión administrativa del servicio de consulta Externa para fortalecer la atención en los dominios de autonomía, calidad en las instalaciones y atención pronta.

La evaluación del desempeño de una institución de salud, en cuanto al indicador trato adecuado, representa un paso indispensable para identificar aquellos dominios que funcionan de manera deficiente. Sin embargo, es importante destacar que el personal de salud, quien participa en el proceso de atención de la



consulta externa, tiene un papel decisivo en los resultados de la evaluación de los dominios del trato adecuado, por lo tanto Los juicios sobre calidad, frecuentemente no se realizan sobre la atención médica en sí, si no indirectamente sobre las personas que lo proporcionan y el sistema de salud que presta el servicio. Lo expuesto anteriormente, pudo observarse en las respuestas obtenidas en cada dominio, en donde médicos, enfermeras y asistentes médicas, eran evaluados de forma diferente por los entrevistados.

Las encuestas realizadas fueron de mayor proporción a mujeres con un 83.2% sobre el total de la muestra. Cuyas edades fluctuaron entre los 13 y los 84 años, siendo el 75% una edad menor o igual a 27 años. Teniendo unas características particulares de estado civil, escolaridad y ocupación.

Los resultados de este estudio muestran que las diferencias entre las calificaciones obtenidas se calcularon el índice Likert para cada uno de los sujetos los valores sig. bilateral menores que 0.05 indican que se rechazó la hipótesis nula – a favor de la existencia de correlación – a un nivel de confianza superior al 95%.

El comportamiento de los dominios comunicación y trato digno de la consulta externa en general, son similares a los reportados en el estudio de Puentes et al<sup>27</sup>, si bien el nivel promedio de estos varia, el ordenamiento de las calificaciones similar y coinciden con los de este estudio en las bajas calificaciones obtenidas en ambos dominios. Así mismo, la calificación desfavorable obtenida por el dominio de atención pronta (68%) es similar a la reportada por el autor citado anteriormente, donde la calificación fue de 63.7. Sin embargo, es importante resaltar que la alta calificación de la confidencialidad (98%), contrasta con los

---

<sup>27</sup> **PUNTES E, RUEALAS E, MARTÍNEZ T, GARRIDO F.** Trato adecuado: respuestas del sistema Mexicano de salud de expectativas no medicas de sus usuarios. Salud pública Mex 2005. 47 Supl 1: S 12- S.21.

resultados de puentes<sup>28</sup> ya que en dicho estudio el dominio alcanzó una calificación de 64.2.

En relación al dominio de autonomía, el cual obtuvo un nivel regular y mostro diferencias estadísticamente significativas entre las especialidades, se coincide con lo expuesto por Puentes et al,<sup>29</sup> al señalar que la posibilidad que tiene el usuario para participar en las decisiones relacionadas con su salud, se encuentra más determinada por el perfil de los médicos y el modelo médico que predomina, que por causas relacionadas con la estructura organizativas de las distintas instituciones de salud. Sin embargo, en la carta de los derechos generales de los pacientes, se establece que “El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido...”

Respecto al trato digno, se identificó que los médicos y enfermeras que participan en la consulta externa de especialidades, brindan un trato amable al usuario en un 89% y 87% respectivamente. Sin embargo, es importante resaltar que el trato de los cajeros y de más personal administrativo fue evaluado un poco más bajo que el personal médico entre el 79% y 83%. Estos resultados no coinciden con lo reportado por Ortiz et al,<sup>30</sup> en donde el 25.15% de los usuarios percibieron un trato poco amable o descortés por parte de la asistente médica.

Este hallazgo plantea la existencia de un compromiso de todo el personal médico y administrativos, relacionados con el trato digno y/o adecuado brindado por las

---

<sup>28</sup> **PUNTES E, RÚALAS E, MARTÍNEZ T, GARRIDO F.** Trato adecuado: respuestas del sistema Mexicano de salud de expectativas no medicas de sus usuarios. Salud pública Mex 2005. 47 Supl 1: S 12- S.21.

<sup>29</sup> **PUNTES E, RÚALAS E, GÓMEZ O, GARRIDO F.** Trato adecuado en los servicios públicos de salud en México Rev. Panam de Salud Pública 2006; 19(6): 394- 402.

<sup>30</sup> **ORTIZ RM, MUÑOZ S, LECHUGA D, TORRES E.** Consulta externa en instituciones de salud, Hidalgo, México. Según la opinión de los usuarios. Rev Panamá de la salud pública / Pan Am J Public Health. Abril 2003; 13(4): 229-38.

asistentes médicas. En el lineamiento normativo general de procesos de consulta de especialidades del HUV, elaborado por la Coordinación de Atención Médica, se describen las actividades que el personal para la atención a la salud debe realizar durante la atención a la paciente de las fases de: Ingreso, Atención Médica y Egreso.

En todas las fases, la primera actividad que se indica es “Reciba al paciente, familiar o acompañante con amabilidad y respeto”. De igual forma, en la carta de los derechos generales de los pacientes, se expone que “El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifique y le otorgue un trato digno...”. En este sentido la institución tiene la obligación, dentro de su ámbito de competencia, de garantizar el respeto a los derechos de los individuos.

Otro elemento que se destaca de los resultados obtenidos en el dominio trato digno, es el hecho de que el 100% de entrevistados manifestó haber sido examinado físicamente por el médico, aspecto que si bien no era parte del estudio, permitió identificar que existe una segura actividad médica. La omisión de la revisión médica ha sido notificada en estudio previo<sup>31</sup>, aunque en una menor proporción.

En análisis de las variables que integran el dominio de comunicación, permitió identificar los elementos que influyeron positivamente en la evaluación del dominio, los cuales fueron: el hecho de que el médico permitió al paciente hablar sobre su problema de salud en un 87% respectivamente, así como el tiempo que duro la consulta, en donde el 85% de los usuarios considero que fue buena y el 8.2% deficiente.

---

<sup>31</sup> **GUZMÁN MA, RAMOS LF, CASTAÑEDA O, DEL CATILLO D, GÓMEZ AV.** Satisfacción de los usuarios de una unidad médica familiar. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 44(1): 39-45

Como se puede observar el dominio de atención pronta presentó no existió diferencias estadísticamente significativas al comparar la calificación del dominio, el análisis permitió identificar que el 68% de asignación de citas y un 62% en el tiempo de espera. Al analizar los aspectos que influyeron negativamente en la evaluación del dominio, se identificaron que fueron los tiempos de espera largos o excesivos para: conseguir una cita con el médico especialista, a partir de que el médico general lo refirió; para pasar a consulta con el médico a partir de su hora de cita; y para ser atendidos por la enfermera a partir de la llegada a la consulta externa de especialidades. Los tiempos de espera prolongados para pasar a consultas con el médico han sido reportados con otros estudios<sup>32</sup>.

En cuanto al dominio de condiciones de instalaciones, los usuarios refirieron con mayor frecuencia que los sanitarios se encontraban sucios; la ventilación de la sala de espera era regular y las bancas o sillas de la sala de espera eran algo cómodas. El inadecuado estado de los sanitarios ha sido notificado en otros estudios, en donde se menciona que el mal estado de los sanitarios es un problema existente en las instituciones de salud<sup>33</sup>.

Finalmente, el dominio de capacidad de elección presentó la calificación más baja, puesto que la mayoría de los pacientes 58% no participo en la elección del médico especialista que lo atendió. Barquín<sup>34</sup>. Señala que la consulta externa origina una polémica, la cual está relacionada con la elección democrática del médico debido que solo puede ofrecer un número reducido de profesionales y por tanto niega tanta dicha de posibilidad de elección. Los resultados de la capacidad de elección demuestran que la posibilidad del usuario para participar en la

---

<sup>32</sup> **GUZMÁN MA, RAMOS LF, CASTAÑEDA O, DEL CATILLO D, GÓMEZ AV.** Satisfacción de los usuarios de una unidad médica familiar. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 44(1): 39-45.

<sup>33</sup> **GUZMÁN MA, RAMOS LF, CASTAÑEDA O, DEL CATILLO D, GÓMEZ AV.** Satisfacción de los usuarios de una unidad médica familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 44(1): 39-45.

<sup>34</sup> **BARQUÍN M.** Dirección de Hospitales. 7 edición México: Mc Graw Hill; 2003. P 15-23; 275-297.

elección del médico especialista es mínima, lo cual es originado por la estructura organizativa de la institución.

Otro hallazgo notable en este estudio fue que la mayoría de los usuarios entrevistados no sabe si se puede solicitar cambio de médico especialista, en caso de no sentirse satisfecho con la atención del médico que lo atendió. Este hallazgo señala que existe un desconocimiento por parte del usuario al derecho que tiene de contar con facilidades para obtener una segunda opinión sobre su diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su estado de salud.

Sin embargo, en la consulta externa de especialidades, este derecho estaría determinado por la existencia de más de un médico con la misma especialidad, puesto que existen especialidades, en los que solo existe un médico por especialidad, en lo referente al apartado de sugerencias del usuario, desde la perspectiva de los entrevistados, los aspectos que requieren mejorarse son los relacionados con el trato indiferente por parte de los cajeros. Seguido por los tiempos prolongados para obtener la cita con el especialista, para pasar a la consulta médica y para las citas subsecuentes. Así como las habilidades técnicas y humanas del personal médico. Estos resultados concuerdan con lo reportado con Lavielle MP et al <sup>35</sup> en donde mencionan que los aspectos más valorados por los pacientes son la calidad de interacción con el médico y las habilidades técnicas y humanas de éste.

Las principales limitaciones del estudio estuvieron dadas por el porcentaje de no respuestas en algunos dominios, ya que al momento de diseñar el estudio se consideró que todas las variables podrían analizarse en todos los usuarios participantes. Sin embargo, los resultados demostraron que en el caso de la

---

<sup>35</sup> **LAVIELLE MP, CERÓN M, TOVAR P, BUSTAMANTE JJ.** Satisfacción con la atención a la salud: la perspectiva del usuario; Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46(2): 129-34

autonomía, 52% de los entrevistados respondieron la pregunta referente así el médico le pidió su consentimiento antes de iniciar los estudios o análisis porque no le requirieron éstos.

En el dominio trato digno, el 100% de los entrevistados evaluaron el trato de la enfermera o la asistente porque tuvieron contacto con dicho personal. Así mismo, al ser examinados físicamente por el médico, el 100% de los casos fue posible evaluar el trato respetuoso del médico durante la revisión médica. 100% de los entrevistados evaluaron el trato de la enfermera durante la revisión médica porque estuvo presente.

En cuanto al dominio de comunicación el 100% de los casos el médico le prescribió tratamiento al paciente, por lo tanto la evaluación de la claridad de la explicación del tratamiento se realizó en dichos casos. En las variables del dominio condición de las instalaciones, 100% de los usuarios evaluaron la limpieza de los sanitarios porque los usaron, 100% evaluó la comodidad de las bancas porque tuvieron largas esperas. .

Dentro de las dificultades que se enfrentaron durante el levantamiento de la información, la cual se había programado realizar en el mes de marzo a abril de 2008.

Los hallazgos de estudio permitieron en primera instancia, identificar con precisión los factores que influyeron negativamente en la evaluación de los dominios, lo cual permitirá impulsar acciones que contribuya a mejorar o modificar dichos aspectos. En segunda instancia, el instrumento diseñado mostro una validez y confiabilidad apropiada para su aplicación en la evaluación de trato adecuado en la consulta externa de especialidades. Por último los resultados obtenidos servirán de base para otros estudios que se encuentren dirigidos a investigar aspectos relacionados con las variables analizadas en el estudio.

Cuando se revisa la literatura se encuentran pocos estudios que midan “trato adecuado” como lo sugiere la WHO, a continuación se analizarán algunos estudios donde se siguieron las recomendaciones de la WHO y se hicieron estudios similares al presente.

Valentín, Darby y Bonsel, trabajando para la WHO miden “responsiveness”, en 41 países y 105.809 pacientes que respondieron, el dominio más importante fue “pronta atención” (41%). La edad de los que respondieron fue de 42 años y el promedio de años de educación fue de 11; la mitad de los que respondieron dijeron que su salud era buena o muy buena.

El dominio que seguía en importancia fue “dignidad” con 22% y “comunicación” con 14%.; “soporte social” (41%) fue considerado el menos importante, seguido de “calidad de las instalaciones” 13%, autonomía 12%.

En 37 de los 41 países seleccionaron “atención pronta” como el más importante.

Hay variaciones en las prioridades entre diferentes países que se pueden deber dicen los autores, a la teoría de la escasez; los países subdesarrollados prefieren las comodidades y en Rusia, por ejemplo se valora más “choice” ya que carecían de ello en comunismo.

Probablemente estos resultados encontrados en el HUV; solo sean aplicables a esta misma institución ya que se han encontrado diferencias por grado de desarrollo, económico, social y cultural.

En instituciones nuevas las comodidades están resueltas a diferencia de viejas por ejemplo.

A nivel local Losada (2008), en su trabajo de tesis para la facultad de administración, midió la calidad del servicio de Consulta externa de Medicina General, en el servicio de salud de la Universidad del Valle, desde la perspectiva del usuario y muestra la importancia del paciente (cliente), siendo el personaje más importante del sistema. Ambas tesis coinciden en afirmar que anteriormente todas las evaluaciones se concentraban en la actividad clínica del médico (proveedor), hoy el paciente es el más importante.

Los administradores de salud, el gobierno, las aseguradoras reciben esta información para tomar decisiones ya sea prioridades en las instituciones de bajos recursos para mejorar atención y competitividad y reformar sistemas y estructuras que darán mejores resultados

De otro lado, Njeru, et al., en Kenia utilizan todos estos modelos en una población de pacientes con VIH, encontrando que la confidencialidad (97%), la autonomía (93% fueron calificadas como los dominios más importantes en 364 encuestas que hicieron

Se encontraron fallas en el instrumento (lenguaje limitada información etc.) pero consideran relevante la metodología aplicada.

Responsiveness mide expectativas y necesidades de los individuos encontrándose que a mayor “responsividad” más atracción de pacientes y además responde a derechos de los pacientes, disminuye barreras de atención y aumenta la confianza en las instituciones.

También consideran que los resultados pueden servir para establecer estrategias de manejo y como formas de priorizar los recursos



Sirve además para comparar objetivamente las instituciones pero teniendo en cuenta aspectos culturales, demográficos y factores específicos de los países o instituciones como se demostró en estudios hechos en Turquía y Taiwán

Responsiveness, terminan diciendo es un inalienable componente de la calidad de la atención.

En otro artículo Chih-Cheng Hsu et al., realizó esta misma investigación en Taiwán, encuestando a 205 pacientes de los cuales solo 132 respondieron (64.4%) y encontraron en orden de importancia 1. respeto (dignidad); 2. Acceso (pronta atención); 3-comodidades básicas y 4. Confidencialidad.

Difícil comparar países tan disimiles igualmente hospitales tan disimiles y algunos han modificado el instrumento del WHO de acuerdo a las características del país

Autonomía no es importante ya que aquí la familia decide el tratamiento del paciente especialmente en diagnostico como cáncer; la cultura es muy paternalista

En otro artículo Groenewegen demuestra diferencias entre 12 países europeos y 5133 individuos. El tiempo de espera fue el menos importante y la dignidad ocupó el primer puesto. Utilizó para hacer su medida otro instrumento denominado QUOTE (Quality Of care Through the patient's Eyes)

Difícil encontrar causas para estas diferencias pero la cultura tiene que tenerse en cuenta; donde la persona es más importante que los desarrollos físicos y que comodidades. Valores en otras palabras.

La salud mental también ha sido objeto de estudio con los instrumentos de la WHO Bramesfeld en Alemania tomó una muestra de 312, pacientes

Confidencialidad y dignidad los mejor evaluados y los peores “choice” (poca elección del proveedor) autonomía y comodidades. La autonomía no juega papel aquí dada la naturaleza de la patología.

El instrumento de WHO funciona y sirve para reformar el sistema centrándolo más en el paciente, concluye el autor.

Como se puede ver en los estudios anteriores los resultados son muy variables entre los diferentes autores y países lo cual puede deberse (además de la metodología) a diferentes aseguramientos en salud, ingresos per capita, entrenamiento de personal de salud, la forma de remuneración al mismo personal, diferentes grupos de pacientes, etc.

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados de esta investigación demuestran que el nivel del indicador trato adecuado en la consulta externa de pacientes en el HUV en las especialidades de Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía. Los dominios de autonomía, atención pronta, condición de las instalaciones y capacidad de elección presentaron las calificaciones más bajas. Más específicamente, de éstos resultados se desprenden las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- Al comparar el dominio de autonomía entre las especialidades se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo pediatría y ginecología las especialidades que mostraron los porcentajes más bajos en el dominio. Las recomendaciones están dirigidas hacia el personal no médico, el cual debe respetar el derecho del paciente y hacerlo participe en la toma de decisiones relacionadas con su salud.
- Las variables que afectan el dominio de atención pronta son largos tiempos de espera: Para conseguir la cita con el médico especialista; para pasar a consulta con el médico; y para ser atendidos por la enfermera. Se recomienda que se investiguen las causas que originan los tiempos de espera prolongados en cada una de las situaciones mencionadas anteriormente, para mejorar el nivel de la atención pronta.
- En la evaluación del trato digno, el personal de salud que participa en el proceso de consulta externa, fueron los cajeros los que influyeron negativamente en la evaluación del dominio al brindar un trato indiferente o grosero a los usuarios. Se recomienda que se investiguen las causas que originan el trato inadecuado brindado por las asistentes administrativas.
- En cuanto al dominio de comunicación, se recomienda que de acuerdo a los resultados obtenidos por cada especialidad, en cada una de las

preguntas que conformaron la evaluación de la comunicación, se identifiquen los aspectos en los que obtuvieron respuestas de favorables y por lo tanto son las que tendrían que mejorarse o modificarse.

- La inadecuada ventilación de la sala de espera y los consultorios, la incomodidad de las bancas, así como la no limpieza de los sanitarios son los aspectos que deben mejorarse en el dominio de condición de instalaciones básicas.

Es importante resaltar que los dominios del trato adecuado están relacionados con el trato humanitario, la oportunidad, la relación del personal de salud con el usuario, y la información. Aspectos que pueden mejorarse con medidas preventivas y correctivas, a un costo relativamente bajo en un tiempo menor al que podría esperar para obtener mejoras en algunas intervenciones de salud, y que pueden lograrse con buena disposición del personal y organización de los servicios.

Los resultados de la investigación plantean la necesidad de promover los dominios del trato adecuado entre el personal de salud que participa en la consulta externa de especialidades, ya que de acuerdo a la OMS ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, es uno de los objetivos finales de los sistemas de salud. Así mismo los dominios del trato adecuado guardan una asociación con los derechos humanos y con los derechos generales de los pacientes mismos que están contemplados en diferentes ordenamiento jurídicos como: La ley 100 y sus políticas de aplicación en el HUV tiene la obligación, dentro de su ámbito de competencia, de garantizar el respeto a los derechos de los individuos.

Los pacientes del Servicio de consulta externa del Hospital Universitario en las Áreas de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Ginecología perciben como

**inadecuada (deficiente)** la capacidad de respuesta de la institución a sus expectativas no médicas o Trato adecuado.

Los pacientes del Servicio de consulta externa del Hospital Universitario en las Áreas de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Ginecología perciben como deficiente e inadecuada, la capacidad de respuesta de la institución a sus expectativas no médicas o Trato adecuado en cada uno de los componentes (dominios).

## 9. BIBLIOGRAFÍA

**BEDIRHAN Ü, T.; SOMNATH, Ch.; VILLANUEVA M.; BENDIBCAN ÇELIK, L.; SADANA, R.; VALENTINE, N.; ORTIZ, J.; TANDON, A.; SALOMON, J.; YANG, CAO, X.; WAN, J.; ÖZALTIN, E.; MATHERSAND, C.; CHRISTOPHER J.L. MURRAY.** WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. Global Programme on Evidence for Health Policy (GPE, Programa Mundial de Evidencia para la Política de Salud). GPE Discussion Paper 37. Geneva. 30 November 2001. WHO, 2001.

**BLENDON, RJ; KIM, M; BENSON, JM.** The public versus the World Health Organization on health system performance. Who is better qualified to judge health care systems: Public health experts or the people who use the healthcare? Health Affairs 2001; 20(3):10-20.

**BRAMESFELD, A.; WEDEGÄRTNER F.; ELGETI H.; BISSON, S.** How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. BMC Health services researches 2007; 7:99.1-12.

**CARR-HILL, RA.** The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med 1992; 14(3):236-249.

**CHRISTOPHER J.L. MURRAY; VALENTINE N.B., y DE SILVA A.** Estimating Responsiveness Level and Distribution for 191 Countries: Methods and Results Nicole B. GPE Discussion Paper Series: No. 22 Geneva, WHO, 2000.

**COHEN, G.; FORBES J.; GARRAWAY, M.** Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. BMJ 1996; 313:841-844.

**COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2174,** (28, Noviembre, 1996). Derogado por el Decreto 2309 de 2002. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.: El Ministerio, 1996. 10 p.

**COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 (15, Octubre, 2002).** Derogado por el art. 57, Decreto Nacional 1011 de 2006. por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2002. 15 p.

**COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1011 (3, Abril, 2006).** Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2006. 17 p.

**DONABEDIAN, A.** The quality of care. How can it be assessed?. Journal of the American Medical Association, 1988, 260 (12), p. 1743-1748.

**ELEJABARRIETA, F. J.; e IÑIGUEZ, L.** Construcción de Escalas de Actitud Tipo Thurst y Likert. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible la WEB en el URL: <http://antalya.uab.es/liniguez/Materiales/escalas.pdf>.

**FERNÁNDEZ- DÍAZ, JM.** El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto. Gaceta Sanitaria. 2001; vol. 15: p. 453-60. Disponible en:

<http://db.doyma.es/cgi-in/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?piden=13022831>

**GROENEWEGEN P.; KERSSENS J.; SIXMA H.; VAN DER EIJK I.; BOERMA W GW.** What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. BMC Health services research 2005; 5:16.

**GOSTIN, L.; SAPSIN, JW.; TERET, SP.; BURRIS, S.; MAIR, JS., HODGE ,JG Jr et al.** Balancing public health and civil liberties. Science 2002; 298:2129.

**GOSTIN, L.; HODGE J.; VALENTINE, N.; NYGREN-KRUG, H.** The domains of health responsiveness. A human rights analysis. Ginebra: World Health Organization, 2003. EIP Discussion Paper N° 53.

**GREENE, WILLIAM H.** Análisis Econométrico. 3ª. Ed. Prentice Hall Editores Pearson Educación. Madrid España 1999.

**GRONROOS, C.** A service quality model and its marketing implications. European Journal of Marketing, 1984, 18, p. 36-44.

**GUIL BOZAL, M.** Escala Mixta de Likert-Thurstone. En: Revista Andaluza de Ciencias Sociales, ISSN 1696-0270, N°. 5, 2005, p. 81-96

**HEBERT, PC.** *Doing right—a practical guide to ethics for medical trainees and physicians.* Oxford, Oxford University Press, 1996.

**HERNANDEZ SAMPIERI, R. et al.** Metodología de la Investigación, 3ª ed. McGraw-Hill, 2003.



**HSU CH.; CHEN L.; H Y- W.; YIP W. AND SHU CH.;** The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. BMC Health services research 2006; 5:16.

**ICONTEC.** Norma Técnica Colombiana 1486. Documentación. Presentación de Tesis, Trabajos de Grado y Otros Trabajos de Investigación. 5ª actualización, Bogotá. En compendio tesis y Otros trabajos de grado ICONTEC, 2005.

**ICONTEC.** Norma Técnica Colombiana 1075. Documentación. Guía para numeración de divisiones y subdivisiones en documentos escritos. 2ª actualización. Bogotá.2001.

**ICONTEC.** Norma Técnica Colombiana 1487. Documentación. Citas y Notas de pie de página. 2ª actualización, Bogotá. 1995.

**ICONTEC.** Norma Técnica Colombiana 1160. Documentación. Referencias Bibliografía para libros, folletos e informes. 2ª actualización, Bogotá 1996.

**KING, G.; MURRAY, C.J.; SALOMON, J.; TANDON, A.** Enhancing the validity and cross-cultural comparability of measurement in survey research. Am Pol Sci Rev 2003; 97 (4):1-17

**KOTLER, P. AND ARMSTRONG, G.** Fundamentos de mercadotecnia. 4ª ed. Prentice-Hall. México. 1998.

**LIKERT, R.** A technique for measurement attitudes. Archives of Psychology.1932 n. 140.

**LOSADA, O. M.** Diseño y validación de una escala para medir la calidad del servicio de consulta externa de medicina general en el servicio de salud de la

Universidad del Valle, desde la perspectiva del usuario. Trabajo de grado. Maestría Ciencias de la organización. Santiago de Cali: Universidad del Valle: Facultad de Ciencias de la Administración. 2008

**MARTÍNEZ BENCARDINO, C.** *MUESTREO: Algunos Métodos y sus Aplicaciones*. ECOE editores. Bogotá.1984.

**MASTERS, GN.** A comparison of latent trait and latent class analyses of Likert-type data. *Psychometrika*. 1985; 50(1):69–82.

**MURRAY, CJ. and FRENK, J.** A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000; 78(6):717-731.

**MURRAY, C.; TANDON, A.; SALOMON, J. & MATHERS, C.** Enhancing cross-population comparability of survey results. En GPE Discussion Paper series: No. 35 WHO/EIP. 2000

**MUSGROVE, P.** Judging health systems: Reflections on WHO's methods. *Lancet* 2003; 361:1817-1820

**NJERU, M.; BLYSTAD, A.; NYAMONGO; AND FYLKESNES K.** A critical assessment of the WHO responsiveness tool: lessons from voluntary HIV testing and counseling services in Kenya. *BMC Health services researches* 2009; 9:243:1-11.

**OMS (2000\_a)** “Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de salud”. The World Health Organization, Ginebra. 2000.

**OMS (2000\_b).** The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: The World Health Organization, 2000.

**PALMA-COCA, O.; OLAIZ-FERNADEZ, G.** Metodología de la encuesta nacional de evaluación del desempeño. Salud Pública Mex 2004;46 supl 1:5-5

**PATTON, MICHAEL Q.** "Qualitative Research & evaluation Methods". 3ª Edition. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. 2002

**PUENTES-ROSAS *et al.*** Trato Adecuado: Respuesta del Sistema Regional de Salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Salud Pública México 2005; 47(Supl) 1: 512-521.

**SALOMÓN, J.; TANDON, A.; MURRIA, CJ.** Comparability of self rated health: Cross sectional multi-country survey using anchoring vignettes. BMJ 2003; 328:258.

**SEN A.** Health: Perception versus observation. BMJ 2002; 324: 860-861

**THURSTONE, L.L.** Attitudes can be measured. American Journal of Sociology. 1928: 33. pp. 529-554.

**TANDON, A.; MURRAY, C.J.L.; SALOMON, J.A. and KING, G.** Statistical Models for Enhancing Cross-Population Comparability Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No.42 World Health Organization, Geneva, Switzerland January 23 2002.

**VALENTINE, N.; DE SILVA A.; KAWABATA, K.; DARBY, C.; MURRAY, CJ.; EVANS, DB.** (2003\_a) Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. En: Murray CJ, Evans DB, ed. Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism. Ginebra: World Health Organization; 2003; Chap. 43, 573-596.

**VALENTINE, NICOLE B., LAVALLÉE, RENÉ; LIU, BAO., BONSEL, GOUKE J., MURRAY, CHRISTOPHER J.L.** (2003\_b) Classical Psychometric Assessment of the Responsiveness Instrument in the WHO Multi-country Survey Study on Health. 2003.

**VALENTINE, N.; DE SILVA, A.; MURRAY, CJ.** Estimates of responsiveness level and distribution for 191 countries: Methods and results. Ginebra: World Health Organization; 2000. Discussion Paper Series No 22.

**VALENTINE, N. AND DE SILVA, A.** Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. GPE Discussion Paper No. 21. Geneva, WHO, 2000.

**VALENTINE, N. AND DE SILVA, A.** Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. GPE Discussion Paper No. 21. Geneva, WHO, 2000.

**VALENTINE, N.; DARBY CHA; BONSEL G.** Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. Social Science & medicine 66. 2008. 1939-1950.

**WHITEHEAD, JOHN C.** "A Practitioner's Primer on Contingent Valuation". Department of Economics East. Carolina University. April.2000.

**WHO.** Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism. Edited by Christopher J.L. Murray David B. Evans. WHO. 2003. Geneva. Chap. 44.

**WHO** Evidence and Information for Policy. (2002\_a) WORLD HEALTH SURVEY: Short Questionnaire.

**WHO** Evidence and Information for Policy. (2002\_b) WORLD HEALTH SURVEY: Long Questionnaire.

**WILLIAMS B.** Patient satisfaction: A valid concept? Soc. Sci Med 1994; 38(4):509-516.

## **ANEXOS**

## ANEXO A. Metodología programación do file

### Programación en STATA 9.2 de las Estimaciones

**Do file en STATA 9.2 Para Estimaciones Trato Adecuado diciembre 2007 enero de 2008**

\* Este programa estima: Los Índices de Trato Adecuado,  $d_{ij}$ ,  $r_i$  y R. Así mismo los modelos Probit Ordenados multinomiales.

\*\*\*\*\* INDICES DE TRATO ADECUADO \*\*\*\*\*

```
clear
set memory 60m
set matsize 799
set more off
```

\*\* A través del comando **generate**, creamos el índice del Likert para cada dominio para cada individuo:

\*\* Se debe de reemplazar las variables sea k=número de pregunta por dominio  
\*\* Variables asociadas a la "dignidad de la persona".

```
generate float dignida = 1/k(dignida1+dignida2+dignida3+...+dignidak)
generate float autonom = 1/k(auto1+auto2+auto3+...+autok)
generate float confide = 1/k(confide1+confide2+confide3+...+confidek)
```

\*Componentes de "Orientación al Cliente".

```
generate float Atpron = 1/k(Atpro1+Atpro2+Atpro3+...+Atprok)
generate float Combas = 1/k(Combas1+Combas2+Combas3+...+CombasK)
generate float Accere = 1/k(Accere1+Accere2+Accere3+...+Accerek)
generate float Elecci = 1/k(Elecci1+Elecci2+Elecci3+...+Eleccik)

generate float Comunic = 1/k(Comunic1+Comunic2+Comunic3+...+ComunicK)
```

\* Mediante el comando **Label** etiquetamos las variables así generadas

\*\* Etiquetas para Variables asociadas a la "dignidad del persona".

```
label variable dignida "Respeto a la Dignidad de la Persona"
label variable autonom "Respeto a la Autonomía de la Persona"
label variable confide "Respeto a la confidencialidad de la Información"
```

```

* Etiquetas para Componentes de "Orientación al Cliente".

    label variable  Atpron "Atención pronta a las necesidades de salud"
    label variable  Combas "Comodidades básicas"
    label variable  Accere "Acceso a la red de soporte"
    label variable  Elecci "Elección de instituciones e individuos que proveen salud"

    label variable  Comunic "Comunicación con los proveedores"

** INDICE DE LIKERT TOTAL SITEMA POR INDIVIDUO

    generate float Liket_S = (1/8)(dignida+ autonom+ confide+ Atpron+ Combas+
    Accere+Elecci+Comunic)

* Mediante el comando Label etiquetamos las variables
    label variable  Likert_s "Índice de Likert Para el Total del Sistema"

**REDONDEO DE LOSINDICES DE LIKERT

    gen float Likert_C =Liket_s
    round(Likert_C,0)

**** ESTIMACIÓN MODELO PROBIT ORDENADOS: SUPONE LA EXISTENCIAI DE LA VARIABLE AREA=1
(PEDIATRÍA) 2 (GINECOLOBÍA) 3 MEDICNA INTERNA 4 CIRUGÍA.
** Guardamos las predicciones del Y* estimado = Z=XB,
**** Etiquetamos las variables y normalizamos de 0 a 100
**** Se crea la variable mediante egen max1 que es el max de Y* encada estrato
*** Luego se elimina la variable max1 con el drop

    oprobit LIKERT_C EDAD ESTRATO [OTRAS VARIABLES SOCIAOCONMICAS]
        predict P_LIt, xb
    label variable  P_LIt "Variable latente Trato Adecuado Total Población"
    egen float max1=max(P_LIt)
    gen float NP_LIt = (max1-P_LIt)/max1*100
    label variable  NP_LIt "Variable latente Trato Adecuado Total Población
    Normalizada entre 0 y 100"
    drop max1

    oprobit LIKERT_C EDAD ESTRATO [OTRAS VARIABLES SOCIAOCONMICAS]
        predict P_LIt1, xb if AREA=1
    label variable  P_LIt1 "Variable latente Trato Adecuado Pediatría"
    egen float max1=max(P_LIt1)if AREA=1
    gen float NP_LIt1 = (max1-P_LIt1)/max1*100 if AREA=1

```



```

label variable NP_Lit1 "Variable latente Trato Adecuado Total Pediatría
Normalizada entre 0 y 100"
drop max1

oprobit LIKERT_C EDAD ESTRATO [OTRAS VARIABLES SOCIAOCONMICAS] if AREA=2
predict P_Lit2, xb if AREA=2
label variable P_Lit2 "Variable latente Trato Adecuado Ginecología"
egen float max1=max(P_Lit2)AREA=2
gen float NP_Lit2 = (max1-P_Lit2)/max1*100 AREA=2
label variable NP_Lit2 "Variable latente Trato Adecuado Total Ginecología
Normalizada entre 0 y 100"
drop max1

oprobit LIKERT_C EDAD ESTRATO [OTRAS VARIABLES SOCIAOCONMICAS] if AREA=3
predict P_Lit3, xb if AREA=3
label variable P_Lit3 "Variable latente Trato Adecuado Medicina Interna"
egen float max1=max(P_Lit3)if AREA=3
gen float NP_Lit3 = (max1-P_Lit3)/max1*100 if AREA=3
label variable NP_Lit3 "Variable latente Trato Adecuado Total Medicina
Interna Normalizada entre 0 y 100"
drop max1

oprobit LIKERT_C EDAD ESTRATO [OTRAS VARIABLES SOCIAOCONMICAS] if AREA=4
predict P_Lit4, xb if AREA=4
label variable P_Lit4 "Variable latente Trato Adecuado Cirugía"
egen float max1=max(P_Lit4)if AREA=4
gen float NP_Lit4 = (max1-P_Lit1)/max1*100 if AREA=4
label variable NP_Lit4 "Variable latente Trato Adecuado Total Cirugía
Normalizada entre 0 y 100"
drop max1

*****
* Comparamos Los Puntajes Normalizados del Índice de Liket Total= R para las Cohortes y el
Total*

tabstat NP_Lit NP_Lit1 NP_Lit2 NP_Lit3 NP_Lit4, statistics( mean semean count min max)
columns(variables)

```

## ANEXO B. Instrumento para evaluar trato adecuado



**Universidad del Valle**

**Facultad de Ciencias de la Administración**  
**Maestría en Administración**

Instrumento N° \_\_\_\_\_ Código Interno \_\_\_\_\_  
Encuestador \_\_\_\_\_  
Fecha Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**INTRODUCCIÓN** Buenas días (tardes), somos estudiantes de la Universidad del Valle, estamos realizando un estudio sobre “Trato Adecuado” o “Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud a las Expectativa no médicas de los pacientes”.

Voy a hacerle unas preguntas sobre su opinión respecto a su experiencia en el Área de Consulta Externa en el Hospital Universitario del Valle. El estudio es de evaluación del Sistema de salud, por ello no hay respuestas buenas o malas. Además, sus respuestas son confidenciales y no serán conocidas públicamente ni por el personal del Hospital.

Le solicitamos sea lo más honesto(a) posible en sus respuestas y me manifieste con toda confianza si no comprende algo del cuestionario.

### Sección A Información Socioeconómica

<b>A.1. Sexo</b> F _____ M _____	<b>A.2. ¿En qué año nació usted?</b> Año _____	<b>A.3. Estado civil</b>  1. Casad@ (o unión libre) <input style="width: 30px;" type="text"/> 2. Solter@ <input style="width: 30px;" type="text"/> 3. Divorciad@ <input style="width: 30px;" type="text"/> 4. Viud@ <input style="width: 30px;" type="text"/> 5. Madre soltera <input style="width: 30px;" type="text"/>									
<b>A.4. Nivel de escolaridad. (Escribir año o semestre cursado)</b> <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;">1. Ninguno <input style="width: 30px;" type="text"/></td><td style="width: 50%;">4. Técnico <input style="width: 30px;" type="text"/></td></tr><tr><td>2. Primaria <input style="width: 30px;" type="text"/></td><td>5. Universitario <input style="width: 30px;" type="text"/></td></tr><tr><td>3. Secundaria <input style="width: 30px;" type="text"/></td><td>6. Postgrado <input style="width: 30px;" type="text"/></td></tr></table>			1. Ninguno <input style="width: 30px;" type="text"/>	4. Técnico <input style="width: 30px;" type="text"/>	2. Primaria <input style="width: 30px;" type="text"/>	5. Universitario <input style="width: 30px;" type="text"/>	3. Secundaria <input style="width: 30px;" type="text"/>	6. Postgrado <input style="width: 30px;" type="text"/>			
1. Ninguno <input style="width: 30px;" type="text"/>	4. Técnico <input style="width: 30px;" type="text"/>										
2. Primaria <input style="width: 30px;" type="text"/>	5. Universitario <input style="width: 30px;" type="text"/>										
3. Secundaria <input style="width: 30px;" type="text"/>	6. Postgrado <input style="width: 30px;" type="text"/>										
<b>A.5. Ocupación</b> <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">Empleado <input style="width: 30px;" type="text"/></td><td style="width: 33%;">Jubilado <input style="width: 30px;" type="text"/></td><td style="width: 33%;">Estudiante <input style="width: 30px;" type="text"/></td></tr><tr><td>Profesional Independiente <input style="width: 30px;" type="text"/></td><td>Ama de casa <input style="width: 30px;" type="text"/></td><td>Discapacitado <input style="width: 30px;" type="text"/></td></tr><tr><td>Trabajador estatal <input style="width: 30px;" type="text"/></td><td>Desempleado <input style="width: 30px;" type="text"/></td><td>Otro, ¿Cuál? <input style="width: 30px;" type="text"/></td></tr></table>			Empleado <input style="width: 30px;" type="text"/>	Jubilado <input style="width: 30px;" type="text"/>	Estudiante <input style="width: 30px;" type="text"/>	Profesional Independiente <input style="width: 30px;" type="text"/>	Ama de casa <input style="width: 30px;" type="text"/>	Discapacitado <input style="width: 30px;" type="text"/>	Trabajador estatal <input style="width: 30px;" type="text"/>	Desempleado <input style="width: 30px;" type="text"/>	Otro, ¿Cuál? <input style="width: 30px;" type="text"/>
Empleado <input style="width: 30px;" type="text"/>	Jubilado <input style="width: 30px;" type="text"/>	Estudiante <input style="width: 30px;" type="text"/>									
Profesional Independiente <input style="width: 30px;" type="text"/>	Ama de casa <input style="width: 30px;" type="text"/>	Discapacitado <input style="width: 30px;" type="text"/>									
Trabajador estatal <input style="width: 30px;" type="text"/>	Desempleado <input style="width: 30px;" type="text"/>	Otro, ¿Cuál? <input style="width: 30px;" type="text"/>									
<table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;"><b>A.6. Dirección:</b> _____</td><td style="width: 33%;"><b>A.7. Barrio:</b> _____</td><td style="width: 33%;"><b>A.8. Ciudad:</b> _____</td></tr><tr><td colspan="3"><b>A.9. Corregimiento o Vereda:</b> _____</td></tr></table>			<b>A.6. Dirección:</b> _____	<b>A.7. Barrio:</b> _____	<b>A.8. Ciudad:</b> _____	<b>A.9. Corregimiento o Vereda:</b> _____					
<b>A.6. Dirección:</b> _____	<b>A.7. Barrio:</b> _____	<b>A.8. Ciudad:</b> _____									
<b>A.9. Corregimiento o Vereda:</b> _____											

## Sección B. Información Uso del Sistema de Salud

### B.1. ¿Qué servicio de salud tiene?

1. \_\_\_ EPS, Entidad \_\_\_\_\_
2. \_\_\_ SISBEN
3. \_\_\_ Medicina Prepagada, Entidad \_\_\_\_\_
4. \_\_\_ Ninguno
5. \_\_\_ Otra, Cuál \_\_\_\_\_
6. Por medio de qué entidad está solicitando hoy la atención en este hospital (escribir código) \_\_\_\_\_

### B.2. ¿Ha usado antes el servicio del H.U.V?

1. No \_\_\_ p.p.B4.

2. Si \_\_\_

### B.3 ¿Para qué servicio?

- |                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| 1. ___ Consulta Externa. | Cuántas veces ___ |
| 2. ___ Urgencias.        | Cuántas veces ___ |
| 3. ___ Laboratorios.     | Cuántas veces ___ |
| 4. ___ Terapias.         | Cuántas veces ___ |
| 5. ___ Cirugía Progra/da | Cuántas veces ___ |

### B.3 ¿Antes de ésta, cuándo fue su última visita a un profesional de la salud o a una institución de salud?

1. En los últimos 30 días

2. En los últimos 3 meses

3. Entre 6 y 12 meses

4. No recuerda

### B.4. ¿Cuál es la razón principal para que usted hoy use la consulta Externa del HUV?

1. Necesitaba un chequeo por un problema crónico de largo tratamiento
  2. Necesitaba atención por una lesión o enfermedad que acababa de aparecer
  3. Necesitaba un seguimiento después de una cirugía o de un tratamiento
  4. Necesitaba atención porque un problema crónico se volvió agudo
  5. No estaba enfermo(a), vine para un chequeo general o por prevención
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

Si	No

## Sección C DOMINIOS DE TRATO ADECUADO

### Sección C.1. Atención Pronta

C.1.1. Cuánto tiempo ha transcurrido desde que Ud. Solicitó la cita al día de Hoy (que le atendieron)

\_\_\_\_\_ Horas, días, meses

C.1.2. Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que llegó al HUV hasta que le atendiera el médico \_\_\_\_\_

Minutos, horas

### Presentar Tarjeta Escala de Calificación N° 1

LEER	Muy Mala(O)	Mala(O)	Normal	Buena(O)	Muy Buena(O)	No Sabe
C1.3 En términos de LA PRONTITUD O RAPIDEZ, al asignarle (darle) la cita	1	2	3	4	5	99

médica fue:						
<b>C.1.4.</b> En términos del tiempo de espera para pasar donde del médico fue:	1	2	3	4	5	99

¿Cómo calificaría su experiencia general en esta área de consulta del H.U.V. respecto a

LEER	Muy Mala(O)	Mala(O)	Normal	Buena(O)	Muy Buena(O)	No Sabe
<b>C.1.5.</b> Ser tratado con PRONTITUD y RAPIDEZ	1	2	3	4	5	99

**Sección C.2. Dignidad** Las siguientes preguntas son acerca de la dignidad y el respeto con los que fue tratado cuando solicitó atención en salud.

LEER	Muy Mala(O)	Mala(O)	Normal	Buena(O)	Muy Buena(O)	No Sabe
<b>C.2.1.</b> En términos de RESPETO, el trato que Ud. recibió de los médicos fue:	1	2	3	4	5	99
<b>C.2.2.</b> De las Enfermeras:	1	2	3	4	5	99
<b>C.2.3.</b> Otro personal de salud, ¿Cuál? _____	1	2	3	4	5	99
<b>C.2.4.</b> En términos de RESPETO, el trato que Ud. recibió de la recepcionistas	1	2	3	4	5	99
<b>C.2.4.</b> Por parte del Cajero(a)	1	2	3	4	5	99
<b>C.2.5</b> Otro personal Administrativo o de oficina ¿cuál? _____	1	2	3	4	5	99
<b>C.2.6.</b> En términos de SU PRIVACIDAD (pudor), el modo en que el personal médico le realizó los exámenes y revisiones, Fue:	1	2	3	4	5	99

¿Cómo calificaría su experiencia general en esta área de consulta del H.U.V en cuanto a:

LEER	Muy Mala(O)	Mala(O)	Normal	Buena(O)	Muy Buena(O)	No Sabe
<b>C.2.7.</b> Ser tratado con DIGNIDAD y RESPETO	1	2	3	4	5	99

**Sección C 3. Comunicación** Las siguientes preguntas son acerca de cómo se comunicaron los trabajadores de salud con usted cuando buscó atención en salud.

LEER	Muy Mala(O)	Mala(O)	Normal	Buena(O)	Muy Buena(O)	No Sabe
<b>C.3.1</b> En términos de la forma como los médicos escucharon y como lo trataron cuando Ud. dijo o quiso decir algo. Fue:	1	2	3	4	5	99
<b>C.3.2</b> En términos de la forma como las enfermeras escucharon y como lo trataron cuando Ud. dijo o quiso decir algo. Fue:	1	2	3	4	5	99
<b>C.3.3</b> En términos de la forma cómo los médicos le explicaron cuestiones sobre su enfermedad, exámenes y tratamiento. El trato que Ud. recibió fue :	1	2	3	4	5	99
<b>C.3.4</b> En términos de la forma cómo las enfermeras le explicaron cuestiones sobre su enfermedad, exámenes y tratamiento. El trato que Ud. recibió fue :	1	2	3	4	5	99
<b>C.3.5</b> En términos de la disposición o intención de los médicos para preguntarle a Ud. sobre su enfermedad o tratamiento. El trato que Ud. recibió fue:	1	2	3	4	5	99
<b>C.3.6</b> En términos de la disposición o intención de las enfermeras para preguntarle a Ud. sobre su enfermedad o tratamiento. El trato que Ud. recibió fue:	1	2	3	4	5	99

¿Cómo calificaría su experiencia general en el trato, y la disposición para atenderlo y escucharlo, en esta área del H.U.V respecto a:

LEER	Muy Mala(O)	Mala(O)	Normal	Buena(O)	Muy Buena(O)	No Sabe
<b>C.3.7.</b> La forma como le llegaron y se comunicaron con Ud. los trabajadores y empleados del HUV	1	2	3	4	5	99

**Sección C 4 Autonomía.** Como parte de su atención en salud se toman decisiones sobre los tratamientos o exámenes que se van a realizar. Las siguientes preguntas son acerca de su participación en las decisiones con respecto a la atención y el tratamiento que recibió o recibirá.

### Presentar Tarjeta Escala de calificación N° 2

LEER	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No Sabe
<b>C.4.1.</b> Respecto a participar en las decisiones acerca de los tratamientos (drogas y terapias) o los exámenes, cree usted que tuvo esta oportunidad por parte de los doctores, enfermeras u otros trabajadores	1	2	3	4	5	99
<b>C.4.2.</b> Le solicitaron a Ud. permiso los médicos y las enfermeras antes de revisarlo, hacerle un examen o inyectarlo	1	2	3	4	5	99

¿Cómo calificaría su experiencia general en esta área de consulta del H.U.V en cuanto a

LEER	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No Sabe
<b>C.4.3</b> La oportunidad que le dieron de participar en la toma de decisiones respecto a quien lo atendería y los tratamientos y exámenes que usted necesitó, lo hicieron:	1	2	3	4	5	99

**Sección C 5 Confidencialidad** Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia en cuanto a la confidencialidad de la información en los servicios de salud.

LEER	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No Sabe
<b>C. 5.1.</b> Las conversaciones con su doctor, enfermera u otro trabajador se hicieron de manera privada sin que otros pudieran oír lo que se decía,	1	2	3	4	5	99
<b>C. 5.2</b> Los médicos y las enfermeras guardaron la información de su caso de forma que nadie podría conocer esta información médica a menos que usted quisiera.	1	2	3	4	5	99

### Presentar Tarjeta Escala de Calificación N° 1

¿Cómo calificaría su experiencia general en esta área de consulta del H.U.V respecto a

LEER	Muy Mala	Mala	Normal	Buena	Muy buena	No Sabe
<b>C.5.3</b> La forma como se manejó la confidencialidad de la Información sobre su caso por parte de los trabajadores y empleados. Fue	1	2	3	4	5	99

**Sección C 6 Calidad en las Instalaciones** Las siguientes preguntas son acerca del ambiente y las instalaciones de los lugares donde recibe atención en salud.

LEER	Muy Mala(O)	Mala(O)	Normal	Buena(O)	Muy Buena(O)	No Sabe
<b>C.6.1</b> La calidad básica de la sala de espera respecto al ESPACIO (tamaño de la sala) es	1	2	3	4	5	99
<b>C.6.2</b> La calidad básica de la sala de espera respecto a Los ASIENTOS su estado y si son suficientes, es	1	2	3	4	5	99
<b>C.6.3</b> La calidad básica de la sala de espera respecto a la VENTILACIÓN, es	1	2	3	4	5	99
<b>C.6.4</b> La calidad básica de la sala de espera respecto a la ILUMINACIÓN, es	1	2	3	4	5	99
<b>C.6.3</b> La calidad básica de la sala de espera respecto a la LIMPIEZA DEL PISO y PAREDES, es	1	2	3	4	5	99
<b>C.6.4</b> La calidad básica de los baños respecto a la LIMPIEZA	1	2	3	4	5	99
<b>C.6.5</b> La calidad básica de los baños respecto a su FUNCIONAMIENTO (Están buenos)	1	2	3	4	5	99
<b>C.6.6.</b> La calidad del consultorio Limpieza e instalaciones es	1	2	3	4	5	99

¿Cómo calificaría su experiencia general en esta área de consulta del H.U.V respecto a

LEER	Muy Mala(O)	Mala(O)	Normal	Buena(O)	Muy Buena(O)	No Sabe
<b>C.6.7.</b> La calidad de las instalaciones, espacio, sillas, ventilación, limpieza e iluminación.	1	2	3	4	5	99

## Sección D Viñetas Asociados a los Dominios Evaluados

Por favor, considere los siguientes casos, ¿cómo calificaría la experiencia de cada una de las siguientes personas en relación a cómo fue atendido?

### Presentar Tarjeta Escala de Calificación N° 1

LEER	Muy Mala(O)	Mala(O)	Normal	Buena(O)	Muy Buena(O)	No Sabe
<b>D.1.</b> (Rosa) es una mujer mayor analfabeta. Últimamente se siente mareada y tiene problemas para dormir. El médico no parece muy interesado en lo que ella le cuenta. Le dice que no es nada y escribe algo en un papel. Después le dice a Rosa que vaya por el medicamento a la farmacia.	1	2	3	4	5	99

<b>D.2.</b> (Carmen) ha ido por un análisis de sangre y el médico le dice que tiene “diabetes mellitus” y que su actividad pancreática no funciona bien. También le dice que necesita inyecciones de insulina 3 veces al día y que debe estar al tanto por la hipoglicemia. Si no controla su azúcar podría quedarse ciega. Carmen se siente muy mal porque no entiende de qué habla el médico pero debe irse ya que el doctor ha llamado al paciente siguiente.	1	2	3	4	5	99
<b>D.3.</b> (Ana) es una mujer joven que ha sido llevada a la clínica por su familia ya que se siente muy ansiosa y angustiada. Ella también tiene miedo de que vaya a morirle aunque goza de buena salud. El médico se ha tomado tiempo para escucharla y tranquilizarla y le invita a ir a la clínica en cualquier momento que lo necesite.	1	2	3	4	5	99
<b>D. 4.</b> (Sonia) ha llegado a la clínica con su bebé de 3 meses. La madre dice que la niña ha perdido mucho peso, ha tenido fiebre durante 2 días y no toma su leche. La enfermera escucha a la madre sin interrumpirla. Después la enfermera le pregunta alguna información adicional y anima a la madre a que le pregunte si no ha entendido algo.	1	2	3	4	5	99
<b>D. 5.</b> (Mario) le han dicho que tiene epilepsia y necesita tratamientos. El médico le ha explicado brevemente cuál es su estado. El médico está muy ocupado ya que hay una cola de pacientes esperando. A Mario le gustaría saber más acerca de lo que tiene pero siente que no hay tiempo para preguntas y que el médico no será de mucha ayuda.	1	2	3	4	5	99
<b>D.6.</b> (Andrés) le han dicho que tiene cataratas y que necesita una operación. Nunca le han examinado los ojos y no entiende por qué no ve bien. El médico le ha explicado lo que tiene pero Andrés no ha entendido ni una palabra y tiene miedo de volver a preguntar. El médico no ha comprobado si lo ha entendido o no.	1	2	3	4	5	99



<b>D.7.</b> (Carlos) tiene un dolor en el pecho. Le duele cuando tose o mueve el pecho. Ha fumado durante 30 años. Después de examinarle, el médico le ha dicho que si no deja de fumar enfermará de cáncer. El médico no es muy comprensivo y ni siquiera le ha sugerido qué puede hacer para dejar de fumar.	1	2	3	4	5	99
<b>D. 8.</b> (Alberto) es un enfermo de SIDA. Cuando entra el médico le da la mano. Le pide que se siente y le pregunta acerca de sus problemas. Las enfermeras están preocupadas por Alberto. Le aconsejan cómo mejorar su salud.	1	2	3	4	5	99
<b>D.9.</b> (Anita) lleva a su bebé de 3 meses a vacunarse. La enfermera le pregunta por qué no ha ido antes a la clínica y se muestra comprensiva al escuchar que Anita ha tenido problemas para encontrar transporte. Le advierte acerca de la importancia de controlar regularmente el crecimiento del bebé.	1	2	3	4	5	99
<b>D.10.</b> (Julia) visita el centro Hospitalario de vez en cuando para tratamiento cuando el centro está muy lleno. Los pacientes tienen prisa por conseguir su tratamiento y les cuesta hacer cola y esperar su turno. Las enfermeras son muy tolerantes en la mayoría de los casos a la hora de pedir a los pacientes que esperen su turno pero a veces se enfadan y la regañan a ella por romper la cola.	1	2	3	4	5	99
<b>D.11.</b> (Patricia) va regularmente a un centro Hospitalario cerca de su casa. Las enfermeras siempre muy atareadas hablan con ella amistosamente. Sin embargo, la recepcionista está a menudo de mal humor y cuando está así grita a Patricia y a otros pacientes. Todas las citas con los médicos y enfermeras deben hacerse a través de esta recepcionista, así que los pacientes deben aguantar su mala educación.	1	2	3	4	5	99

<p><b>D.12.</b> (Jorge) llevó a su hijo de 6 meses al Hospital para la revisión regular. La enfermera se molestó mucho al ver que la madre había olvidado llevar la tabla de crecimiento del niño. Le regañó fuertemente mientras el resto de madres presentes lo oían. Después, mientras pesaba al niño siguió quejándose acerca de las madres poco consideradas que provocan trabajo extra.</p>	1	2	3	4	5	99
<p><b>D.13.</b> (Alberto) tiene SIDA. Cuando va a su centro Hospitalario siente que todos los médicos y enfermeras son antipáticos con él. No hablan con él libremente. A menudo le ignoran deliberadamente. Con frecuencia tiene que rogarles para que contesten a sus preguntas.</p>	1	2	3	4	5	99
<p><b>D.14.</b> (Carmen) va al hospital porque tiene un dolor en el estómago. La enfermera le grita porque no lleva su cartilla médica. Otras 2 enfermeras están de pie y hacen comentarios hostiles acerca de la familia de Carmen y los de su pueblo. Aunque Carmen siente dolor y gime no le dicen que se siente mientras introducen sus datos personales en la Historia clínica.</p>	1	2	3	4	5	99

### Sección E. Control

Observaciones

#### Información de la unidad encuestada

##### Área de consulta

1. Pediatría

2 Cirugía

3. Medicina Interna


Encuestador \_\_\_\_\_

Persona encuestada \_\_\_\_\_

Teléfono del encuestado \_\_\_\_\_

#### Control del encuestador

Llamada telefónica \_\_\_\_\_

Visita personal \_\_\_\_\_

Supervisión directa \_\_\_\_\_

La información de la encuesta coincide con el control

**SI**\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_

## **ANEXO C. Complementos al instrumento de encuesta**

### **Texto de Información Sobre Sistema de Salud al Encuestado**

Para responder a las siguientes preguntas, le voy a contar lo que son los “Objetivos principales del Sistema de Salud”:

1. Mejorar la salud de la población para:

- Alarga la vida de toda la población
- El conjunto de la población viva con menos enfermedades
- Haya más duración y la calidad de vida del enfermo.

2. Mejorar la sensibilidad del sistema de salud en el sentido de:

- Respetar los derechos del individuo, la dignidad, autonomía, confidencialidad y clara comunicación.
- Proporcionar comodidades básicas de una forma rápida, permitiendo el apoyo social adecuado y dando a las Personas la elección de una fuente de atención sanitaria.
- Tratar a todas las personas igual con respecto a las cuestiones arriba mencionadas.

3. Procurar una contribución económica justa donde:

- Cada familia deba pagar una parte justa al sistema Hospitalario.

Esto significa que las personas sanas comparten los gastos de los servicios para los enfermos; y las personas más ricas auxilian los servicios a los pobres.

**Tarjeta Escala de Calificación N° 1**

Muy Malo	Malo	Normal	Bueno	Muy Bueno
1	2	3	4	5

**Tarjeta Escalas de Calificación N° 2**

Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

## **ANEXO D. Equipo de Trabajo de Campo y sus Funciones**

Para la recolección de la información se decidió contar con profesionales en la materia, ello con el fin de evitar la mala complementación de los cuestionarios o los sesgos que los encuestadores sin experiencia introducen: Sesgos al tratar de interpretar lo que el paciente dice, sesgos por exceso de información suministrada o por no explicar bien el cuestionario, entre otros.

El Equipo se conformó como sigue.

**Coordinación General** A cargo de los autores de trabajo. Las funciones son las de hacer un control final de la calidad de las encuestas, mediante control telefónico a los encuestados o directamente en el área de trabajo de campo. Además de hacer la inducción necesaria para que los encuestadores y la supervisora conozcan el tema de la investigación.

**Supervisión del trabajo de Campo** A cargo de Gloria Vallejo Osorio (TEL. 5581759). Psicóloga Social Comunitaria Universidad Nacional Abierta y a Distancia. 20 años de experiencia en investigación de mercado y afines; con empresas como Empresa Regional de Teléfonos ERT, INVAMER GALLUP. Napoleón Franco y Cía. Desempeñándose como Supervisora y Directora Contratista.

**Funciones y Responsabilidad** Supervisión y revisión en el área de campo, cumplimiento de áreas de encuestas, Corrección de la información mal cumplimentada telefónicamente o en el lugar de encuestas. Es un primer filtro en el control de calidad de la encuesta.

**Encuestadores:** Gloria Andrea Montaña, cuenta con 3 años de experiencia en elaboración de encuestas; Juan Manuel Vallejo, cuenta con seis meses de experiencia en elaboración de encuestas. Ximena Vallejo, diez años de experiencia en elaboración de encuestas.

**Funciones y Responsabilidad** Aplicación de las encuestas. Debe llenar lo formularios con objetividad evitando sesgos de interpretación. Debe dar un trato amable al paciente entrevistado y dejarle claro que la información en el cuestionario consignada será utilizada de forma anónima.